

UNIVERSITE SCIENTIFIQUE ET MEDICALE DE GRENOBLE

FACULTE DE MEDECINE

Domaine de la Merci – LA TRONCHE

ANNEE 1972

N° D'ORDRE: 5

Apport de l'endoscopie et de la radiologie d'urgence
au diagnostic des hémorragies digestives hautes de l'adulte

THESE

présentée

à l'Université Scientifique et Médicale
de GRENOBLE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

M. Jacques FOURNET

Interne des hôpitaux

né à GRENOBLE

Soutenue publiquement le 29 septembre 1972, devant

MM. J. BONNET-EYMARD président du jury

M. GEINDRE

R. SARRAZIN

M. RACHAIL

UNIVERSITE SCIENTIFIQUE ET MEDICALE DE GRENOBLE

FACULTE DE MEDECINE

Domaine de la Merci – LA TRONCHE

ANNEE 1972

N° D'ORDRE :

**Apport de l'endoscopie et de la radiologie d'urgence
au diagnostic des hémorragies digestives hautes de l'adulte**

THESE

présentée
à l'Université Scientifique et Médicale
de GRENOBLE
pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

M. Jacques FOURNET

Interne des hôpitaux

né à GRENOBLE

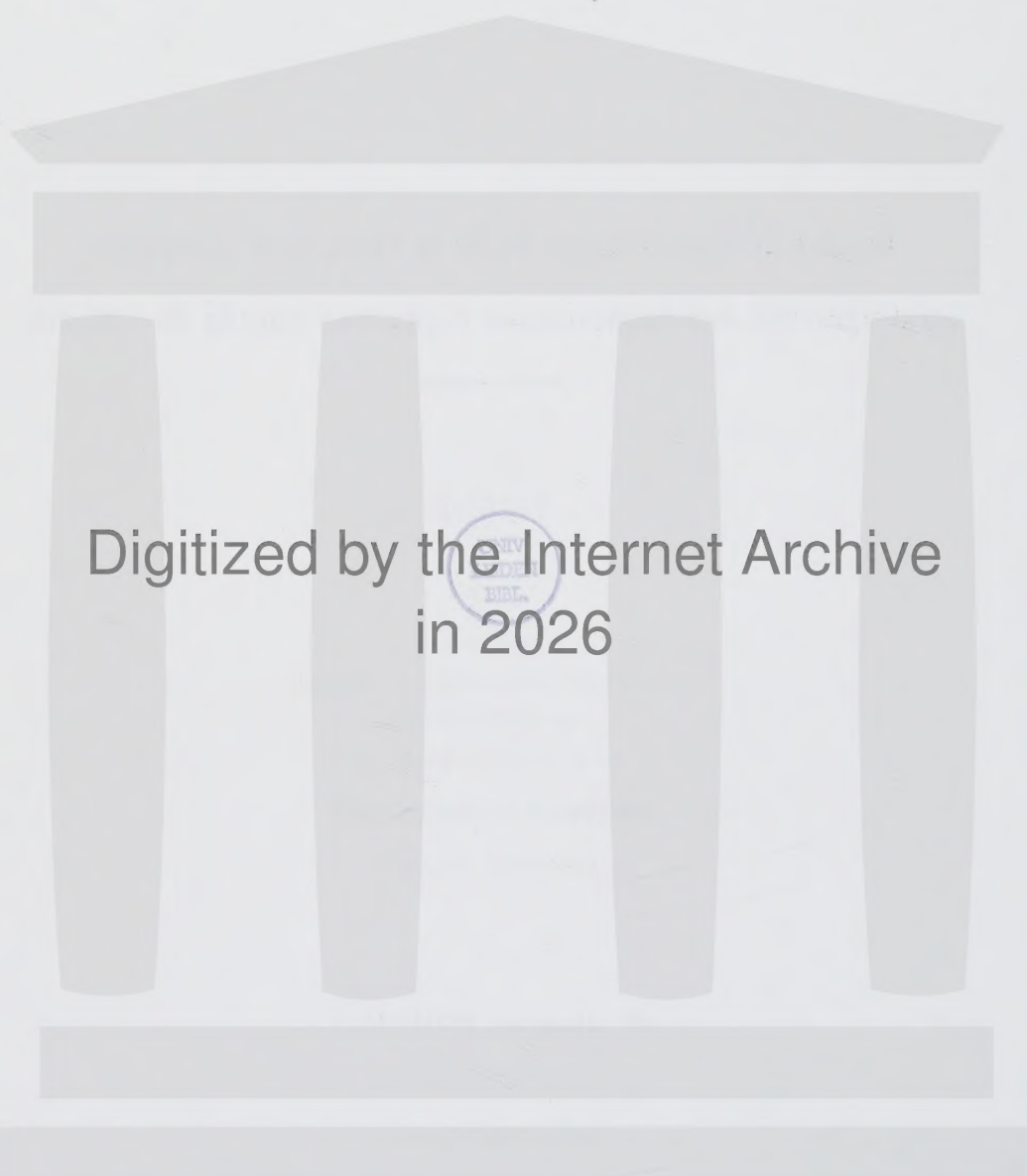
Soutenue publiquement le 29 septembre 1972, devant

MM. J. BONNET-EYMARD président du jury

M. GEINDRE

R. SARRAZIN

M. RACHAIL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533909_0007

A LA MEMOIRE DE MON PERE, en hommage reconnaissant
A MA MERE ; son courage est pour nous le plus doux des exemples
A MA FEMME ; son amour et sa compréhension ont été une aide précieuse

A MES ENFANTS

A MES SOEURS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

en témoignage de mon affection.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. BONNET-EYMARD
Professeur de Pathologie Interne
Médecin des Hôpitaux

Son autorité a orienté notre internat ; il nous a guidé avec toute sa compétence dans la spécialité que nous avons choisie.

Nous admirons en lui le Gastro-Entérologue imprégné de culture interniste qui, au-delà de son enseignement, a su nous laisser le goût d'une médecine très humaine.

Ses qualités d'organisateur alliées à une délicatesse extrême, son raffinement sous un abord simple et direct en font un Maître singulièrement attachant. L'ambiance claire et cordiale qu'il a su ménager dans son service, l'exemple de son dynamisme, sont pour nous autant d'encouragement à travailler à ses côtés.

Il nous fait l'honneur de nous prendre pour Assistant et nous nous réjouissons de rester son élève.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur M. GEINDRE
Professeur d'Electroradiologie
Radiologue des Hôpitaux

Au cours d'une année particulièrement bénéfique passée dans son service, nous avons été séduit par sa personnalité brillante et passionnée. La confiance qu'il nous accordée à cette occasion nous a beaucoup touché.

La vivacité et la clarté de son jugement, sa vaste culture médicale suscitent l'admiration. La richesse de ses dons pédagogiques, son souci permanent de maintenir son service à l'avant-garde des techniques radiologiques, honorent le C. H. U.

Nous souhaitons qu'il veuille bien trouver dans ce travail réalisé en collaboration avec son équipe, l'expression de notre sincère attachement.

Monsieur le Professeur R. SARRAZIN
Professeur d'Anatomie
Chirurgien des Hôpitaux

Nous sommes impressionné par son intelligence brillante et l'étendue de ses connaissances. L'exigence et la rigueur de sa pensée n'ont d'égal qu'un travail acharné dans un esprit de recherche constant.

Souvent confronté, dans notre spécialité, avec des problèmes chirurgicaux, ses conseils nous sont toujours précieux.

En nous témoignant sa sympathie en plusieurs circonstances et en acceptant de juger cette thèse, il nous fait un honneur que nous savons mesurer. Nous souhaitons ardemment ne pas le décevoir.

Monsieur le Professeur M. RACHAIL
Maître de Conférences Agrégé
Médecin des Hôpitaux

Son ardeur infatigable au travail, sa volonté de recherche méthodique imposent le respect. Nous apprécions sa minutie et son application scrupuleuse, qualités qui font de lui un endoscopiste d'une rare compétence.

Après un semestre enrichissant passé à ses côtés, il continue de nous prodiguer ses conseils et de nous faire part de son expérience avec simplicité et beaucoup de gentillesse.

Nous sommes heureux qu'il ait accepté de juger ce travail qui répond à certaines de ses préoccupations. Nous voudrions qu'il trouve ici la preuve de notre gratitude.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

- Monsieur le Professeur F. PIAGET (in Memoriam)
- Monsieur le Professeur F. CALAS
- Monsieur le Professeur G. CAU
- Monsieur le Professeur R. CONTAMIN
- Monsieur le Professeur A. BEAUDOING
- Monsieur le Professeur J. BONNET-EYMARD

INTERNAT

- Monsieur le Professeur D. HOLLARD
 - Monsieur le Professeur J. LEDRU
 - Monsieur le Professeur J. M. MULLER
 - Monsieur le Professeur R. FAU
 - Monsieur le Professeur M. GEINDRE
 - Monsieur le Professeur J. BONNET-EYMARD
-

A Monsieur le Docteur G. CL. GIRONA

Il a pris une part très active à ce travail et nous a initié à l'endoscopie. Son esprit de finesse et sa détermination dans l'action ont été une aide irremplaçable. Nous regrettons que sa vocation tardive ne lui ait pas laissé une chance d'accéder à une carrière hospitalière à laquelle ses qualités personnelles le prédisposaient.

En témoignage de notre reconnaissance et de notre amitié.

A monsieur le Docteur Y. BACHELOT

Universitaire accompli, il a le privilège de représenter pour nous le meilleur effort de synthèse que nous ayons rencontré entre l'approche clinique et l'exigence de la biologie. Il nous a beaucoup appris au sein d'une équipe à laquelle nous restons très attaché.

En témoignage de notre amitié et de notre profonde estime.

A Messieurs les Docteurs L. KOLODIE
R. SCHAEERER
D. CORDONNIER

Ils nous ont fait bénéficier de leur expérience.

En témoignage de notre reconnaissance.

A nos camarades de l'Internat.

Au personnel du Pavillon A et de la Radiologie A pour leur chaleureuse compréhension.

Nous dédions ce travail

PLAN DE TRAVAIL

INTRODUCTION

HISTORIQUE

Chapitre I : METHODES D'ETUDE

Chapitre II : RESULTATS

Chapitre III : VALEUR ET PLACE DE L'ENDOSCOPIE ET DE LA RADIOLOGIE
D'URGENCE DANS LE DIAGNOSTIC DES HEMORRAGIES DIGESTIVES
HAUTES

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

I N T R O D U C T I O N

Les hémorragies digestives hautes entraînent une mortalité élevée ; ce fait n'est plus à souligner mais il faut reconnaître que le sujet n'en est pas pour autant maîtrisé malgré la somme des travaux qui lui a été consacrée. Parmi les facteurs de cette mortalité, en dehors même de l'étiologie et de la valeur de l'indication thérapeutique, le retard ou l'absence de diagnostic figure comme un élément de gravité. Pour HEDBERG (92), dans une étude réalisée à partir de 323 observations, le pourcentage de décès passe de 21 % si le diagnostic est tardif à 14 % si le diagnostic est précoce. De nombreux chirurgiens ont insisté sur ce fait sans toujours le chiffrer exactement. BERKOWITZ (14), CAMMOCK (29), LEAPE (132) retrouvent des différences de mortalité statistiquement significatives chez des malades traités avec et sans diagnostic précoce.

La nécessité d'un diagnostic exact au cours des hémorragies digestives s'impose en effet d'un double point de vue :

1) au cours des hémorragies graves, en urgence, il est bien admis actuellement que l'intervention exploratrice doit garder un caractère exceptionnel.

. La gravité d'une laparotomie sur certains terrains est évidente : GERMAIN (84) en 1966 relève 11 décès post-opératoires à la suite de 12 interventions exploratrices chez des malades porteurs d'hypertension portale et suspects d'ulcère associé.

. D'autre part, l'exploration per-opératoire ne permet pas toujours un diagnostic et il n'est pas de statistique chirurgicale où l'on ne retrouve un faible pourcentage de diagnostics non faits même après large gastrotomie. HUGUIER (105), sur 125 hémorragies graves, rapporte 5 hémorragies restées sans diagnostic après laparotomie. KELLEY (119) en 1963, sur 250 hémorragies graves, en signale 6 %. ANNES (2) en 1967, sur une revue de la littérature, admet que 20 % des hémorragies digestives massives nécessitant un acte chirurgical n'ont pas de diagnostic pré-opératoire. Dans ce groupe, 2 % restent sans diagnostic même après intervention.

2) par ailleurs, si l'on considère, en dehors de la période hémorragique, les statistiques d'ensemble des hémorragies digestives, le nombre d'hémorragies cryptogénétiques, compte tenu des constatations opératoires et des vérifications anatomiques, reste important. En 1966, sur 903 hémorragies digestives hautes (hypertension portale exclue), EDELMANN (69) rassemble 8 % d'hémorragies d'étiologie indéterminée. GUIVARC'H (88) en 1970, sur une statistique regroupant plus de 5 000 observations de la littérature, chiffre à 7 à 8 % les hématémèses de cause inconnue et à 15 à 20 % les moelénas restés sans diagnostic. En admettant avec BITOUN et CONTE que ces hémorragies récidivent à plus ou moins long terme une fois sur trois, on mesure ainsi la menace constante que font peser sur la vie du malade l'absence de diagnostic exact et la carence en une thérapeutique appropriée, (17).

Notre contribution porte sur le diagnostic en urgence des hémorragies digestives hautes. Nous avons essayé de déterminer la valeur et la place des examens complémentaires endoscopique et radiologiques actuellement utilisables aux fins d'un diagnostic en période hémorragique. On sait en effet qu'à côté du transit oeso-gastro-duodénal, aujourd'hui examen de routine, à côté de la splénoportographie assez rarement effectuée, deux examens sont récemment apparus en Europe dans la pratique d'urgence : l'endoscopie oeso-gastrique et l'artériographie sélective.

Le but de ce travail est donc :

- 1) de déterminer dans quelles proportions le pourcentage de diagnostics est amélioré par l'apport de ces techniques. A ce titre, le travail de référence est la statistique de PALMER (179) aux U. S. A. en 1969. L'association de l'endoscopie et de la radiologie d'urgence permet à cet auteur 93 % de diagnostics sur 1 400 hémorragies digestives hautes explorées en 15 ans.
- 2) de tenter de dégager une conduite à tenir dans l'exploration d'une hémorragie digestive haute.

H I S T O R I Q U E

I - LE TRANSIT OESOPHAGO-GASTRO-DUODENAL EN PERIODE HEMORRAGIQUE

En 1937, HAMPTON (91) introduit la pratique du transit oesophago-gastro-duodénal dans le diagnostic des hémorragies digestives ; pour cet auteur, l'intérêt de cet examen réside surtout en la découverte d'ulcères bulbaires, l'examen étant réalisé en décubitus strict. HAMPTON est rapidement suivi par la majorité des chirurgiens et radiologues américains. SCHIFF (198) en 1944, puis surtout SCHATZKI (197) en 1946, précisent la technique d'urgence. Plusieurs travaux sont dès lors publiés : WELCH, WARTIN et WARREN en 1949, puis HOLLOWAY (101) et ELMER (70) en 1950 font état de statistiques importantes. La méthode est à cette époque largement utilisée outre atlantique alors qu'en Europe ce sont surtout les Allemands et les Scandinaves qui réalisent les premières tentatives : en Allemagne BUCKER, dès 1939, avec 200 cas étudiés ; en Suède BOHERER, BOUGGREN et surtout BOHMANSSON (19) réalisent cette exploration avec prudence de façon presque systématique dans toute hémorragie digestive haute. En Angleterre, il faut attendre BONES en 1949 pour voir apparaître les premières publications britanniques.

En France, cette exploration va longtemps être considérée comme dangereuse et inutile par les cliniciens. L'opinion classique est de considérer que la niche ulcéreuse disparaît en période hémorragique par l'existence de la congestion oedémateuse et de la présence de caillots. En 1950, SENCE (201) publie dans les Archives Françaises des Maladies de l'Appareil Digestif deux observations d'ulcère gastrique mis en évidence en période hémorragique. L'auteur souligne "qu'il n'y a pas lieu de considérer la période immédiatement post-hémorragique comme une mauvaise période pour le diagnostic radiologique d'ulcère ". C'est en fait l'Ecole Lilloise avec DELANNOY (55) qui va introduire véritablement l'examen radiologique baryté en période hémorragique en France. L'examen est effectué systématiquement par l'auteur dans tous les cas où l'on ne connaît pas avec certitude la cause de l'hémorragie. La technique est appliquée avec le minimum d'artifices, sans position déclive, sur un sujet transporté en salle de radiologie. Cette

technique permet à DELANNOY en 1952 11 diagnostics sur 13 cas explorés avec une totale innocuité. DELANNOY, VANDERDORP et LEMAITRE (56) codifient leur technique dans le Journal de Radiologie et d'Electrologie en 1953.

Malgré ces résultats intéressants, l'examen est jugé avec beaucoup de réserve : DUPUY (68) en 1953 le considère comme une méthode exceptionnelle, PORCHER (68) le juge imprudent, GUTTMANN (68) sans intérêt. Il faut attendre le travail d'ARNULF (3) et plusieurs publications d'ARVAY (4) en 1957 (35 cas rapportés avec 74 % de diagnostics certains et contrôlés), puis les Journées Françaises de Gastro-Entérologie (57) en 1959, enfin et surtout la publication plus audacieuse sur le plan technique de FONTAINE, WARTER et WEILL (76) en 1961 pour voir le transit en urgence employé plus largement. A partir de cette date, les dernières hésitations paraissent vaincues : la majorité des auteurs avec des techniques différentes insistent sur l'innocuité et la valeur diagnostique de la méthode. Les conclusions du débat sur les hémorragies digestives publiées dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie en 1966 consacrent le transit gastro-duodénal comme un examen indispensable.

II - L'OESO-GASTRO-DUODENOSCOPIE D'URGENCE

L'exploration endoscopique des hémorragies digestives hautes n'est pas une technique d'application récente en urgence puisqu'elle est largement utilisée par les Anglo-saxons depuis 1950 environ. Les premiers travaux importants remontent à BROWN (26) en 1941 après la courte série de JACKSON (107) en 1925 (9 cas).

Par la suite, ce mode d'exploration se développe surtout aux U. S. A. Malgré l'inconfort des endoscopes rigides et semi-rigides, OLSEN (173), CARTER et ZAMCHECK (30) en 1950, PALMER (178) en 1952 à propos de 121 cas, JONES (109), SCOTT (200) en 1959 avec 85 cas, font état de leurs expériences et accordent déjà à l'endoscopie des possibilités diagnostiques majeures au cours des hémorragies digestives hautes. Dans tous leurs travaux, l'endoscopie est nécessairement couplée au transit en urgence, l'endoscopie pouvant être réalisée avant (PALMER, SCOTT) ou après le transit gastro-duodénal si celui-ci est négatif (OLSEN).

En Europe, DESNEUX (60) aux Journées Françaises de Gastro-

Entérologie de 1959 communique un rapport d'une remarquable précision pratique à propos de 304 cas. Néanmoins les difficultés de l'exploration par les gastroscopes classiques chez des malades fatigués font encore de l'endoscopie une technique d'exception.

Au cours des dix dernières années, de nombreux travaux sont publiés. C'est encore essentiellement aux U. S. A. que l'on compte les travaux les plus importants. Cet engouement correspond en effet, après les gastroscopes rigides et semi-rigides, à l'avènement de la troisième génération d'endoscopes : les fibroscopes. HIRSCHOWITZ (98) en 1962, grâce à son modèle original, exploite l'un des premiers cette découverte sur l'estomac hémorragique. Dès lors, l'apparition et le perfectionnement des appareils à fibres de verre, souples et orientables, permettent des endoscopies plus faciles, plus complètes et surtout mieux supportées. Aux U. S. A., DAGRADI (45) (47), CONN (37), KATZ (113), HEDBERG (92), SCOTT, GOLDSTEIN (86), MITTY (156), PALMER (179) publient les plus grandes séries. Ces auteurs préconisent l'association endoscopie-radiologie dans le cadre de "l'approche vigoureux du diagnostic" défini par PALMER (1 400 observations). En Europe, WATSON (209), à propos de 50 cas fait une discrète apparition au premier Congrès Européen d'Endoscopie Digestive de Prague en 1968. La même année, les auteurs italiens avec FIORINI et LENARDUZZI (74) (75) à propos de 126 cas, les Allemands avec BACHER (5), STADELMAN (203) et PAUL (183), publient les premières statistiques importantes. En France, jusqu'en 1969, il n'existe pas de travaux sur la question. DEBRAY (22) en 1969 émet à l'égard de l'endoscopie d'urgence quelques restrictions sur la difficulté et le danger éventuel de cet examen, mais pense que les indications devraient s'élargir ; il rapporte avec HOUSSET (103) l'expérience de 20 cas. Depuis, l'endoscopie d'urgence commence à être appliquée par quelques Ecoles Françaises. MOULIGNIER et GRENIER-BOLEY en 1970 (161) (87), DUPUY et DEBRAY en 1971 (67) MINICONI en 1971 (154), HEUILLY en 1971 (97), font état des premières expériences françaises appréciables. Progressivement en quelques années, les indications se précisent : si beaucoup pensent encore qu'il faut réserver l'emploi de l'endoscopie aux échecs du transit en urgence, nombreux apparaissent les auteurs qui préconisent l'emploi d'une endoscopie précoce. Le deuxième Congrès Européen d'Endoscopie Digestive (Paris, juillet 1972) voit plusieurs publications sur cette question où apparaissent les premiers résultats de la duodénoscopie : BELOV (11), IVANOV (106), KOCH (122),

NAKAGAWA (166), LIGUORY (140). Si l'utilisation de l'endoscopie est donnée par tous les auteurs comme indissociable de l'exploration radiologique, on trouve relativement peu, jusqu'à ce jour en Europe, de travaux consacrés à la confrontation radio-endoscopique (NAHUM, DUPUY (65)).

En pratique, en 1972, on peut admettre que l'endoscopie tend à s'inscrire comme un examen indispensable en urgence. Néanmoins, en France, l'utilisation courante de cet examen se heurte encore à plusieurs difficultés que l'on peut résumer en trois points :

- . il existe en effet des réticences pour un examen que certains considèrent comme traumatisant ; on ne peut oublier en effet qu'il existe une contre-indication classique à l'endoscopie chez les sujets porteurs de varices oesophagiennes. On peut reprocher également à l'endoscopie son peu d'intérêt dans les hémorragies graves puisqu'une quantité trop importante de sang intra-gastrique ne permet pas une exploration valable (VAYRE (205));

- . certains auteurs restent fidèles - DOUTRES (62), HALMAGYI (89) au seul transit gastro-duodénal. L'argument avancé est qu'une action chirurgicale d'urgence est surtout sous-tendue par le diagnostic d'ulcère et c'est bien le dépistage de ces lésions que l'on attend du transit en urgence ; la fibroscopie apparaît comme un examen superflu puisque les lésions non chirurgicales ne nécessitent pas de diagnostic exact. On pourrait ajouter que le chirurgien s'accommode davantage de la lecture d'un cliché radiologique que de celle d'un compte-rendu endoscopique qui l'oblige à opérer sur la foi des constatations du seul endoscopiste ;

- . enfin, la disponibilité permanente qu'exige la pratique de l'endoscopie d'urgence nécessite la constitution d'un véritable tour de garde et il est encore difficile aujourd'hui, même au sein des C. H. U., de réunir un nombre suffisant d'endoscopistes pour assurer une permanence réelle.

III - L'EXPLORATION VASCULAIRE

1) La splénoportographie

Etant donné la place importante des troubles de la circula-

tion portale dans l'étiologie des hémorragies digestives, il était normal que la splénoportographie vienne prendre place à côté des examens radiologiques du tube digestif. En 1957, sous l'impulsion de LEGER (133) et MENEGAUX (151), la splénoportographie couplée à la splénomanométrie apparaît comme un nouveau moyen d'objectiver la cause d'une hémorragie digestive. LEGER rapporte en effet à cette époque 114 cas d'hémorragies digestives comportant une exploration splénoportographique systématique précédant la pratique du transit gastro-duodéal. Cette attitude répond à une critique déjà formulée à propos du transit baryté à qui l'on reproche d'opacifier pendant plusieurs jours le tube digestif limitant ainsi toute autre exploration radiologique. Grâce à l'association de ces techniques, le nombre des hémorragies de cause indéterminée est évalué à 11 % ; cette pratique systématique s'explique en fait par l'orientation particulière du service de L. LEGER. MENEGAUX, la même année, et en Amérique PANKE (180) en 1959, ROUSSELOT (193) et MORENO en 1961 préconisent l'emploi de l'exploration vasculaire en cas de suspicion d'hypertension portale. ROUSSELOT en particulier, sur 165 observations, souligne la valeur de la prise de pression splénique : cet auteur établit une corrélation entre cette pression et la présence de varices oesophagiennes avec 90 % de résultats positifs. REBOUL (187) et l'Ecole Bordelaise en 1960 limitent davantage les indications : la splénoportographie est pratiquée d'urgence s'il existe un doute sur l'existence d'une hypertension portale et est effectuée de façon retardée essentiellement en cas d'hémorragie inexpliquée après le transit gastro-duodéal si celui-ci n'est pas démonstratif. LORTAT-JACOB (142) en 1962 la réserve également aux hypertensions portales cliniquement incertaines.

Si l'on s'accorde à reconnaître à cet examen l'avantage d'affirmer une hypertension portale et de localiser le siège de l'obstacle extra ou intra-hépatique, sa pratique est en fait assez rare malgré une technique rapide et relativement facile. Bien que les accidents rapportés sur de grandes séries semblent peu fréquents, la réalisation de cet examen en urgence fait hésiter beaucoup de radiologues. La tendance actuelle avec LIGUORY, BISMUTH (139), NICAISE (169) en particulier, alors que l'intérêt purement diagnostique de la splénoportographie s'efface avec l'avènement de l'endoscopie, est de réserver cette technique comme exploration pré-opératoire de la chirurgie de dérivation porto-cave.

2) L'artériographie sélective

DEBRAY (52) et Col. en 1964, à propos de la découverte d'une hémorragie du grêle diagnostiquée par artériographie mésentérique supérieure ont ouvert la voie de la recherche angiographique de l'étiologie des hémorragies digestives inexpliquées. De nombreuses observations ont été ensuite colligées : HERNANDEZ (93) (94) en 1967, KANTER en 1968, BOIJSEN (20) en 1968, NAUDIN (168) en 1969, GEINDRE (83) en 1969 ; une étude statistique portant sur 120 hémorragies inexpliquées (8ème Congrès International de Gastro-Entérologie de Prague en 1968) fait état de 34 succès angiographiques mettant en évidence une lésion hémorragique. La recherche artériographique d'une lésion hémorragipare (tumeur, anomalie vasculaire) est en fait exceptionnellement réalisée en période hémorragique proprement dite. Par ailleurs, le succès de cette méthode s'est surtout forgé grâce à la description de lésions intestinales (en particulier de lésions du grêle) et beaucoup plus rarement de lésions digestives hautes.

La pratique de l'angiographie en urgence à la recherche d'un signe direct de l'hémorragie sous forme de flaque iodée est plus récente encore. C'est en 1965 que NUSBAUM et BAUM (170) utilisent pour la première fois cette technique. Reprenant un travail de MARGULIS (148) qui dès 1960 cherchait à localiser une hémorragie intestinale en cours d'intervention en injectant un produit de contraste dans l'artère mésentérique supérieure, NUSBAUM et BAUM, après expérimentation chez l'animal, définissent un débit hémorragique pour l'obtention d'une image de flaque iodée en angiographie. En 1965, NUSBAUM publie 8 observations chez l'homme avec plus de 50 % de succès. KOEHLER (123) en 1967, KADELL (112) en 1969 préconisent l'artériographie avant le transit dans les hémorragies graves. En 1968, REUTER et BOOKSTEIN (189) publient 16 observations. En fait, on voit surtout apparaître plusieurs publications à propos d'un petit nombre de cas - FREY (77), HOURIGAN (102), KLEIN (121), POLLARD (185) - qui ne permettent pas de situer la valeur réelle de cet examen. Dans la littérature française, on relève une observation d'OPOLON et CAROLI (175) en 1968, 3 observations de HERNANDEZ (95) en 1970. WEILL en 1971 (210) publie 5 succès et inspire la thèse de RICATTE (190), mise au point française la plus importante sur la question.

CHAPITRE I

METHODES D'ETUDE

I - CHOIX DES MALADES

II - TECHNIQUES UTILISEES

I - CHOIX DES MALADES

A - Origine

Nous avons recueilli au total 161 observations de malades hospitalisés au C. H. U. de Grenoble, réparties en deux groupes :

- groupe 1 : comprenant 155 observations pour la plupart étudiées entre août 1971 et juillet 1972 selon un protocole déterminé. Ce protocole tend à faire bénéficier les malades porteurs d'une hémorragie digestive haute d'une double exploration endoscopique et radiologique dans les 48 heures après leur arrivée en accordant au maximum la priorité chronologique à l'endoscopie. L'indication de l'artériographie sélective a été limitée dans ce travail aux hémorragies gravissimes.
- groupe 2 : comprenant 6 malades ayant subi une exploration vasculaire en urgence par artériographie ou splénoportographie antérieurement à ce protocole. Cette étude nous a permis de faire état d'une expérience plus large de l'angiographie d'urgence.

Provenance des malades du groupe 1 : sur 155 observations, la répartition s'établit de la façon suivante :

- . 133 malades hospitalisés pour hémorragie digestive supposée haute, c'est-à-dire présentant hématémèse et moeléna, ou moeléna isolé ;
- . 4 malades victimes d'une hémorragie digestive en milieu de réanimation. Dans cette série, seuls les malades présentant une hémorragie grave et récidivante ont été retenus ;
- . 11 malades victimes d'une hémorragie post-opératoire en milieu chirurgical ;
- . 7 malades hospitalisés pour toute autre raison en milieu médical et présentant, au cours de leur séjour hospitalier, une

hémorragie digestive haute : dans la majorité des cas, il s'agissait d'une hémorragie iatrogène.

B - Répartition des malades

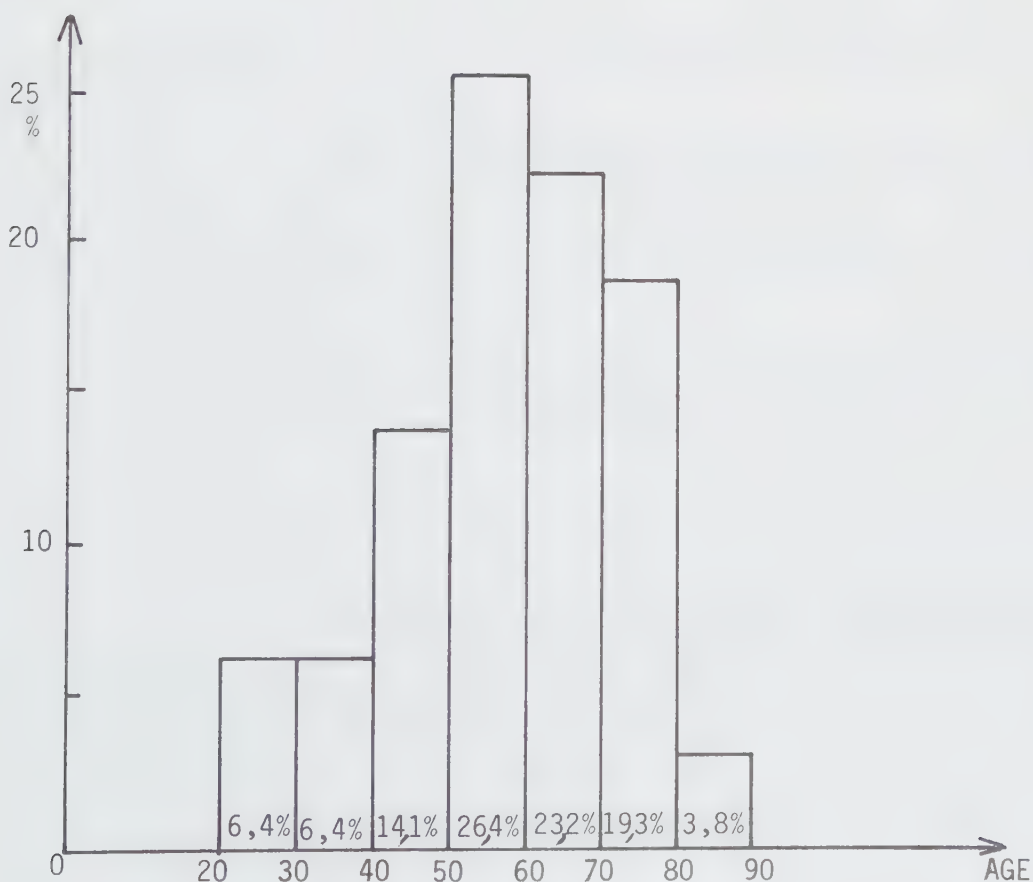
Nous avons exclu de cette répartition les malades du groupe 2 soumis à un choix arbitraire puisque sélectionnés pour l'étude d'un seul examen.

1) Sexe

Nous comptons : 110 hommes ;
45 femmes.

2) Age

La répartition en tranches d'âge de 10 ans s'effectue selon le tableau n°1.



TABEAU 1

La majorité des malades se répartit régulièrement de 50 à 80 ans (68,9 %).

3) Les critères de gravité de l'hémorragie

L'importance de l'hémorragie est déterminée par rapport aux critères de la classification d'EDELMANN (69) dans sa définition de l'hémorragie grave.

a) l'hémorragie grave satisfait à un ou plusieurs critères suivants :

- collapsus cardio-vasculaire important ;
- anémie aiguë traduite par une hématocrite à 30 % ou un nombre de globules rouges inférieur à 2 500 000 ;
- nécessité d'une transfusion de 2 litres de sang par 24 heures pour maintenir l'équilibre circulatoire.

107 malades de ce travail répondent à cette définition.

b) l'hémorragie modérée ou minime se caractérise :

- par l'absence de retentissement important sur l'équilibre circulatoire ;
- par l'existence d'un nombre de globules rouges situé entre 2 500 000/mm³ et la normale.

42 malades répondent à cette définition.

c) l'hémorragie cataclysmique ou gravissime mérite à notre avis d'être isolée et définie : elle est caractérisée par la difficulté ou l'impossibilité de maintenir l'équilibre circulatoire sous transfusion massive et continue.

6 malades répondent à cette définition.

Ces critères, pour arbitraires qu'ils soient, permettent d'ob-

jectiver l'importance de l'hémorragie et de situer la difficulté relative de la démarche diagnostique. On peut leur reprocher de ne pas toujours tenir compte de l'évolution de l'hémorragie et de négliger l'état hématologique antérieur.

C - Conditions de travail

Sans insister sur la conduite à tenir immédiate vis-à-vis d'un malade victime d'une hémorragie digestive haute, il nous paraît utile d'exiger la pratique de certains gestes chez tout malade qui va être amené à subir un examen complémentaire en urgence :

- pose systématique d'un cathéter intra-veineux de fort calibre solidement amarré ;
- mise en place d'une sonde gastrique indispensable : ce geste a un triple but :
 - . confirmer ou infirmer la présence de sang intra-gastrique ce qui a une valeur localisatrice essentielle en cas de moeléna isolé ;
 - . vider l'estomac de son contenu par lavage gastrique ;
 - . surveiller l'évolution de l'hémorragie.
- un contrôle électrocardiographique chez le sujet de plus de 40 ans est souhaitable car on a souligné la fréquence des infarctus myocardiques latents chez des sujets en état d'anémie aiguë.

On ne peut que rappeler la place d'une enquête clinique minutieuse et la nécessité d'examens biologiques parmi lesquels, outre le taux de prothrombine, les résultats d'une B. S. P. immédiate aurait certainement une grande valeur dans le dépistage des affections hépatiques, comme le recommande WILSON (214). Nous ne saurions discuter ici de l'apport d'autres examens de laboratoire dont les possibilités d'orientation peuvent être intéressantes mais dont le rôle en pratique demeure assez effacé.

II - LES TECHNIQUES

Notre analyse repose sur l'expérience acquise au cours de 125 endoscopies, 121 transits gastro-duodénaux, 8 artériographies et 2 splénoportographies.

A - L'ENDOSCOPIE

1) Lieu de l'examen

Le danger connu de la mobilisation des malades porteurs d'hémorragie digestive nous a conduits à effectuer nos examens endoscopiques :

- soit en salle d'opération (3 cas) alors que l'indication chirurgicale s'imposait devant la répétition des hémorragies ;
- soit au lit même du malade (33 cas) lors d'hémorragies graves et persistantes (25 cas) ou chez des patients non mobilisables pour des raisons étrangères à leur hémorragie (8 cas) ;
- soit en salle d'endoscopie (89 cas) chez des malades ayant présenté une hémorragie modérée ou dont l'hémorragie était parfaitement contrôlée. Les avantages de l'équipement de la salle d'endoscopie sont certains, mais son utilisation pose le problème du transport étant donné la distance séparant les services de Gastro-Entérologie du pavillon d'urgence. Résolu avec prudence, le transport sous surveillance médicale n'a jamais donné lieu à un quelconque incident.

Néanmoins, ces conditions de travail sont à l'origine d'une importante perte de temps et d'un minimum de risques. Deux solutions peuvent être proposées pour résoudre ce problème :

- soit la création d'une salle d'endoscopie à proximité du service d'urgence ;
- soit la création de chambres équipées pour une installation endoscopique avec matériel en place permettant l'examen au lit même du patient de façon systématique et avec l'aide d'un personnel qualifié. Cette dernière solution est adoptée par le Centre de Réanimation d'hémorragie digestive du Professeur FAUVERT à l'hôpital Beaujon.

Toutes ces possibilités concourent à faire de l'endoscopie d'urgence un examen simple, obtenu rapidement et réalisé avec le maximum de sécurité.

2) Matériel utilisé

Sur 125 endoscopies d'urgence réalisées, nous avons employé les appareils suivants commercialisés par la firme OLYMPUS (tableau n° 2).

	LONGEUR UTILE	ANGLE DE CHAMP	ANGLE DE FLEXION DISTALE	POINT DE FLEXION	NOMBRE DE CAS
Oesogastroscope modèle EF, type GL (vision axiale)	865 mm	60°	180° vertical	40 mm	94
Fibroscope gastro-intestinal modèle GIF, type D (vision axiale)	1100 mm	75°	300° vertical 200° horizontal	90 mm 40 mm	5
Gastroscope modèle GFB (vision latérale)	850 mm	55°	180° vertical	100 mm	17
Emploi de 2 appareils modèle EF + GFB)	-	-	-	-	9

TABLEAU N° 2

Nous avons donc utilisé préférentiellement l'oeso-gastroscope

long à vision axiale. Le fibroscope gastro-intestinal ou oeso-gastro-bulboscope a été assez peu employé car sa commercialisation est récente : la pratique de l'endoscopie d'urgence voit actuellement se généraliser les explorations avec ce type d'appareil.

Dans notre travail, la gastroscopie à vision latérale a trouvé deux types d'indication :

- soit après le transit oeso-gastro-duodénal si celui-ci est effectué avant l'endoscopie ;
- soit après une exploration à l'oesofibroscope laissant un doute sur une région gastrique mal explorée par ce type d'appareil. Cette double exploration n'est évidemment possible qu'en fonction de l'état du patient.

Un certain nombre d'impératifs conditionne en effet l'endoscopie d'urgence lorsque celle-ci est réalisée avant le transit baryté.

a) nécessité d'une progression sous contrôle de la vue imposant l'utilisation de la vision axiale pour deux motifs majeurs :

- . la progression aveugle, en particulier oesophagienne, peut être dangereuse (sténose et surtout risque de perforation de diverticule oesophagien) ;
- . seule la progression sous contrôle de la vue permet d'affirmer l'hémorragie spontanée avant le passage de l'appareil et distingue ainsi la lésion responsable du traumatisme instrumental.

b) nécessité d'un appareil muni d'une aspiration efficace.

c) nécessité d'un fibroscope à vision axiale suffisamment long pour étudier en une seule exploration l'oesophage, l'estomac et le duodénum.

* l'exploration de l'oesophage

CONN et BRODOFF (37) en 1964 ont insisté sur l'intérêt de la

seule oesophagoscopie : cet examen chez un sujet suspect d'hypertension portale permet un diagnostic utile chez 84 % des 45 malades étudiés, soit en objectivant des varices oesophagiennes, soit en infirmant l'existence de varices, soit en mettant en évidence des varices ne saignant pas et invitant à rechercher une autre étiologie.

MINICONI (154) (155) (58) en 1972 a bien montré la fréquence de la pathologie oesophagienne et de la jonction oeso-gastrique en dehors de l'hypertension portale (sur 150 cas, cet auteur décrit 11 cas de syndrome de Mallory-Weiss, 9 oesophagites hémorragiques, 4 ulcères du collet sur hernie hiatale). Cette pathologie n'est pas toujours mise en évidence par l'examen baryté.

* l'exploration de la cavité gastrique

Elle est aisée avec les fibroscopes à vision axiale mais présente un certain nombre de lacunes ; certaines régions de l'estomac sont mal observées :

- . au niveau de la région sous-cardiale : seule la petite courbure et la face antérieure sont bien visibles ;
- . la retrovision n'est pas possible lorsque la distance extrémité distale - point de flexion est courte : en ce cas, l'examen néglige la pathologie de la grosse tubérosité (fibroscope EF). On signalera toutefois les possibilités offertes par des fibroscopes récemment commercialisés qui, grâce à des angles de flexion très accusés, atteignant 150°, permettent une étude de la grosse tubérosité.

* l'exploration du bulbe et du duodénum proximal

Elle nécessite l'emploi de fibroscopes longs :

- . le pylore est assez rarement franchi avec l'appareil modèle EF-GL. Dans notre travail, nous avons pu examiner le bulbe 11 fois ;
- . par contre, avec les axoscopes longs type GIF, l'observation bulbaire est aisée. Si HOUSSET (104) en 1971 éva-

lue la fréquence du passage pylorique à environ 85 % des cas sur 145 examens "à froid" et BELBER (10) à 90 %, MANEGOLD (147), sur 310 explorations d'urgence en 1972 avec une expérience un peu plus longue, la situe à près de 90 % des cas.

L'utilité de l'examen du bulbe en urgence est bien démontrée par Mac CRAY (145) qui, chez 86 malades présentant un bulbe radiologiquement normal, révèle 15 ulcères aigus hémorragiques (18 %).

3) Préparation à l'examen

La préparation du malade avant l'examen doit être :

- psychologique : ceci permet d'espérer une coopération plus étroite de la part du malade et d'éviter ainsi une agitation nuisible à l'exploration. Chez un malade le plus souvent anxieux, l'endoscopiste se doit de ménager une ambiance de calme qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir, particulièrement en dehors de la salle d'endoscopie ;

- médicamenteuse :

- . par anesthésie locale bucco-pharyngée ;
- . par prémédication associant le plus souvent un anti-sécrétoire et un tranquilisant. Le confort des fibroscopes ne fait plus discuter la conduite de l'examen sous anesthésie générale préconisée par certains auteurs avec les endoscopes classiques - DESNEUX (60) -.

La plupart des malades de cette étude a reçu une prémédication associant un anxiolytique* à de l'ATROPINE administrée en intramusculaire une demi-heure avant l'examen et toujours parfaitement tolérée. Chez le cirrhotique et les malades en équilibre circulatoire précaire, nous n'utilisons aucune prémédication en dehors d'un anti-spasmodique.

Nos conditions de travail ont ainsi été les suivantes (tableau n° 3) :

*TRANXENE

	SUJET PREMEDIQUE	SUJET NON PREMEDIQUE
Bonnes conditions..... 90	85	5
Conditions difficiles..... 30	20	10
Examen ininterprétable.... 2	2	-

TABLEAU N° 3

En pratique, les plus grandes difficultés surviennent chez les éthyliques ; le renouvellement d'une injection de TRANXENE I. V. en cours d'examen peut donner ici satisfaction. Nous nous sommes toujours refusés, sauf en présence d'un anesthésiste, à utiliser des drogues plus sédatives ; la seule expérience (observation n°149) que nous ayons tentée avec le VALIUM 10 I. M. s'est soldée par une baisse de tension artérielle nous obligeant à reporter l'examen.

4) Le lavage gastrique

Ce temps préparatoire à l'endoscopie (et au transit baryté) est discuté :

- certains le pratiquent systématiquement tels PALMER (179), DAGRADI (47), DUPUY (66) ;

- d'autres le jugent inutile ; DESNEUX (60), MINICONI (155), QUINTON (186) justifient leur opposition par la découverte de lésions créées par la sonde et qui peuvent être une source de confusion diagnostique possible.

Le lavage gastrique nous paraît fondamental : outre sa valeur hémostatique (assurant l'évacuation des caillots et évitant la distension gastrique) et son intérêt dans la prévention de l'encéphalopathie post-hémorragique du cirrhotique, le lavage gastrique est indispensable dans

toute hémorragie grave. Il est en effet illusoire d'essayer de découvrir une lésion dans une cavité gastrique pleine de sang et de caillots.

Le lavage gastrique doit être minutieux, prolongé et non traumatisant. Il est réalisé à l'aide d'une sonde gastrique de bon calibre à plusieurs ouvertures latérales et distales. Nous utilisons l'eau glacée avec des quantités de liquide variables allant de 2 à 15 litres. L'injection et l'aspiration d'eau sont faites grâce à une seringue de BONNOT qui permet une aspiration douce peu traumatisante. L'injection comporte 100 cc d'eau réspirés immédiatement. En fin de lavage, le liquide doit revenir clair ou à peine teinté.

L'expérience de ce travail nous a confirmé la valeur de ce geste que nous regrettons de ne pas avoir effectué plus souvent ; nous lui accordons aujourd'hui une grande place dans la conduite à tenir de l'exploration.

Quant aux lésions créées par les sondes gastriques, elles nous paraissent aisément reconnaissables sous forme de petites érosions très superficielles rouge vif, situées sur la grande courbure et parfois la petite courbure angulaire. Elles ne prêtent pas à confusion par leur aspect et leur topographie avec les ulcérations spontanées. Il n'en va, par contre, pas de même avec les sondes gastriques laissées en place plusieurs jours qui peuvent créer des lésions et être, en ce cas, à l'origine d'erreurs de diagnostic lorsqu'elles ne sont pas elles-mêmes la cause favorisante d'une hémorragie (observation n° 137).

5) Horaire de l'endoscopie par rapport à l'hémorragie

Calculé en fonction de la dernière extériorisation de sang ou de l'aspect du liquide recueilli par la sonde gastrique, l'horaire de nos endoscopies se révèle précoce puisque 72 % d'entre elles sont effectuées dans les 24 heures :

- endoscopies effectuées avant la 6ème heure.....	73
- endoscopies effectuées entre 6 et 12 heures.....	17
- endoscopies effectuées entre 12 et 24 heures.....	22
- endoscopies effectuées entre 24 et 48 heures.....	13

PALMER, SCOTT, HEDBERG, GOLDSTEIN, Mac CRAY (82), WIRTSCHAFTER (215) établissent une relation nette entre la précocité de l'examen et l'amélioration de leur pourcentage de diagnostics.

6) L'exploration endoscopique

Nous commençons généralement l'exploration en position demi-assise ce qui permet d'éviter les régurgitations à l'introduction du tube si l'estomac contient encore du sang ou du liquide de lavage.

L'examen débute par une exploration oesophagienne prudente et la pénétration dans la cavité gastrique n'est effectuée que lorsque l'on a acquis la certitude qu'aucune lésion hémorragique n'existe à ce niveau. Selon son état, le malade est ensuite placé en décubitus latéral gauche classique, soit en décubitus strict.

Les divers temps de l'examen de la cavité gastrique ne diffèrent guère de ceux de l'exploration "à froid". Nous soulignerons toutefois l'intérêt d'une observation attentive et suffisamment prolongée du pylore ; ce souci nous a permis à plusieurs reprises d'observer une lésion pré-pylorique de petite taille initialement masquée par le péristaltisme ou surtout de déceler, à la faveur d'un mouvement de retropulsion, un reflux sanglant d'origine duodénale signant la présence d'une lésion en aval du pylore. En pratique, la difficulté de l'examen tient surtout au degré de vacuité de l'estomac :

- si la cavité gastrique contient peu ou pas de sang, l'examen est aisé. L'étude patiente des différents plis sous insufflation peut permettre le dépistage des lésions minimales plus facilement qu'au cours d'une gastrotomie. C'est d'ailleurs en per-opératoire, après évacuation de la cavité gastrique de ses caillots par gastrotomie que CIVALERO (36) utilise cet avantage de l'endoscopie ;

- lorsque les caillots sont découverts sur les parois gastriques, il importe d'établir s'il s'agit de caillots de dépôt ou si ces caillots masquent une lésion sous-jacente : en ce cas, le lavage dirigé par le fibroscope peut permettre de mettre en évidence de discrètes lésions ulcérées (observations n° 71, 72, 80, 89) ;

- lorsque la quantité de sang intra-gastrique reste importante après lavage gastrique, deux cas sont possibles :

- . soit l'examen ne peut être effectué (2 cas personnels) en raison de l'importance des reflux sanguins intra-oesophagiens. Il est rare d'ailleurs, en ce cas, que le malade tolère l'examen, l'introduction du tube provoquant des hématemèses ;
- . soit l'endoscopie est techniquement possible et permet au minimum de déterminer l'origine de l'hémorragie : oesophagienne, gastrique ou duodénale. En cas de lésion gastrique, il est en général aisé d'affirmer le caractère diffus ou localisé de l'hémorragie.

Cytologie et biopsie

Peu d'auteurs, en dehors de KATZ (118), rapportent leurs expériences sur la pratique de la biopsie effectuée en urgence. Il est vrai qu'il ne s'agit pas du problème majeur de l'endoscopiste d'urgence dont le souci principal est de repérer la lésion hémorragique, la question de la nature histologique de la lésion se posant en fait assez rarement.

Notre attitude a été la suivante ;

a) ces examens n'ont jamais été effectués chez des malades en cours d'hémorragie : outre la difficulté technique liée à la présence de sang, nous n'avons pas voulu ajouter un risque supplémentaire de persistance de l'hémorragie.

b) par contre, la lésion ne saignant plus, rien ne s'oppose, semble-t-il, au principe du prélèvement cytologique et biopsique. Les quelques cas pratiqués nous confirment dans cette impression et nous regrettons plutôt de ne pas avoir biopsié plus souvent certaines ulcérations (observation n° 92 : suspicion d'ulcération néoplasique) qui, quelques jours plus tard, posaient un problème de conduite à tenir chirurgicale après récurrence grave de l'hémorragie.

Durée de l'examen

Cette notion est rarement précisée par les auteurs. Les quelques comptes-rendus établis situent cette durée aux environs de 15 minutes. Dans notre travail, nous n'avons jamais hésité à prolonger l'examen lorsqu'il existait une présomption suffisante d'hémorragie haute. Si l'on

excepte les cas de découverte de varices oesophagiennes hémorragiques où l'examen est particulièrement rapide, la durée approximative de nos observations est nettement supérieure à ces chiffres :

- durée inférieure à 1/4 d'heure.....	5
- durée de 1/4 à 1/2 heure.....	42
- durée supérieure à 1/2 heure.....	63

7) Tolérance

La tolérance de l'endoscopie, même très précoce après l'accident, chez un malade activement réanimé, est excellente puisque l'examen est possible en l'absence complète de mobilisation. Sur ce point, la littérature est unanime.

Nous confirmons cette notion car, à l'exception d'un cas, nous n'avons jamais enregistré de modification tensionnelle significative pendant et après l'examen. Le seul incident grave que nous rapportons concerne l'observation n° 123. Il s'agissait d'un malade de 75 ans, cirrhotique, présentant une hémorragie digestive depuis plusieurs jours, mal contrôlée par une sonde de Blackemore. Malgré l'état alarmant du sujet, l'endoscopie proposée dans le but d'éliminer une lésion autre que des varices et curable chirurgicalement, a certes permis le diagnostic, mais l'examen, bien que très rapide, a été suivi d'un collapsus cardio-vasculaire majeur réversible sous traitement intensif.

8) Les échecs

Les échecs liés à une impossibilité technique sont rarement signalés avec les fibroscopes. Ils peuvent cependant venir du refus de l'examen (3 cas personnels) ou de la présence d'un obstacle sur les voies digestives supérieures empêchant la progression de l'appareil (1 échec par trismus relativement serré).

9) Les contre-indications

Elles sont rares et, dans l'ensemble, relatives. En dehors des contre-indications de l'endoscopie "à froid" devenues exceptionnelles

avec les fibroscopes (volumineux anévrisme aortique), on doit signaler en urgence les contre-indications liées à l'insuffisance respiratoire grave et au coma compte-tenu des risques d'hématémèse déglutie. L'intubation trachéale, avec ou sans ventilation assistée, lève cette limitation.

Il n'y a pas de contre-indication liée au grand âge si l'indication est absolue.

B - LE TRANSIT GASTRO-DUODENAL

Les explorations radiologiques sont dans la majorité des cas réalisées au service de Radiologie A ce qui, vu la contiguité de ce pavillon avec le service d'urgence ne pose pratiquement pas de problème de transport : nous avons veillé en effet à ce que chaque malade ait subi cet examen avant son orientation vers un service de chirurgie ou de médecine.

Technique du transit baryté en urgence

Sans vouloir insister sur des notions aujourd'hui bien connues et qui appartiennent déjà à l'historique de cet examen, nous souhaitons analyser les conceptions actuelles des divers auteurs depuis 1960 et exposer la conduite à tenir adoptée en urgence par les radiologues du C. H. U.

1) Modalités d'exploration

On voit en effet actuellement se dessiner deux tendances opposées entre lesquelles s'inscrivent des techniques intermédiaires plus ou moins improvisées en fonction de l'état clinique du patient.

a) pour certains, le transit doit être effectué avec un minimum de mobilisation et en évitant tout artifice de compression et l'utilisation de modificateurs du comportement.

* l'examen au lit du malade à l'aide d'appareils por-

tatifs, proscrit depuis longtemps par la plupart des radiologues, est encore maintenu aujourd'hui en particulier par les auteurs britanniques : Mac DERMOTT (59), CHANDLER (32), WALLS (207). La proportion de faux négatifs retrouvée dans ces statistiques fait condamner sans appel une telle pratique.

* à l'exception de ces auteurs, on ne discute plus actuellement la nécessité d'un examen en salle de radiologie sous scopie télévisée. MORIN (159) et MONGES (158) et avec eux un assez grand nombre de radiologues préconisent toujours une exploration avec une mobilisation minimum, réalisée surtout en décubitus et procubitus. BUFFARD (27) en 1969 dans le Journal de Radiologie, reprenant une statistique de 447 examens vérifiés par autopsie ou intervention, obtient 64 % de diagnostics exacts et complets et 5 % de lésions diagnostiquées "très probables" par ce procédé. La statistique de cet auteur porte essentiellement sur des hémorragies ayant entraîné une intervention chirurgicale, donc nécessairement sur une forte proportion de lésions ulcéreuses ++.

b) l'orientation technique actuelle semble être d'effectuer le transit baryté dans des conditions les plus proches possibles de celles réunies chez un malade ambulatoire. Ceci implique la réalisation d'incidences variées et la possibilité pour le malade de supporter la station verticale ou au minimum l'inclinaison à 45°. L'emploi de la compression et des modificateurs du comportement est jugé sans danger. Les progrès d'une réanimation active ne sont pas étrangers à cette conception.

FONTAINE et WARTER (76) en 1960 rapportent un travail bien codifié sur 57 cas où les examens sont réalisés précocement (vers la 12ème heure) dans des conditions quasi normales (45 cas sur 57), et sont les premiers auteurs français à adopter cette attitude plus "agressive" dans la conduite de l'exploration. Moins de 10 % des lésions ulcéreuses échappent à cette technique également adoptée par JOUVE (111) en 1963 et, à l'étranger, par SCOTT (200), COOKE (42), ZAMCHECK (30), PALMER (179) parmi les travaux les plus importants. Pour TAVERNIER (in RETTORI 188), l'examen d'urgence doit être soigneux et méticuleux. LIGUORY et BISMUTH (139) rapportent 48 ulcères sur 50 diagnostiqués par une radiographie effectuée dans de bonnes conditions.

La mise au point récente de NAHUM, RUEFF et CAZARD (164) en

1970 à propos de 300 cas est très significative de cette tendance. Ces auteurs renoncent à l'examen radiologique tant que l'hémorragie reste trop abondante, estimant le risque non négligeable et les possibilités d'erreur trop fréquentes si l'examen ne comporte pas une technique correcte. L'exploration ne peut être effectuée que chez un malade bien réanimé, l'estomac débarrassé de sang et de caillots par lavage gastrique. 90 % de leurs investigations sont néanmoins réalisées dans les 24 heures après l'admission.

Au total, il est clair que ces diverses options techniques ont pour origine les différences de tolérance à l'examen des malades auxquels il s'adresse. Toutes les équipes qui assument une véritable prise en charge à la fois de la réanimation du malade et de son exploration parviennent à obtenir des examens précoces et complets (PALMER, NAHUM et RUEFF). Il convient donc de proscrire le transit en urgence "de routine" qui ne peut que déconsidérer la méthode ; l'examen doit s'insérer dans le contexte d'une réanimation active et doit être précédé d'une préparation scrupuleuse comprenant :

- un rétablissement rapide du déséquilibre circulatoire ;
- une surveillance exigeante de l'évolution immédiate afin de choisir le moment le plus opportun pour les investigations ;
- un lavage gastrique s'il existe du sang intra-gastrique : O'NEAL (174), BRICK (23), SCHATZKI (197), LIGUORY et BISMUTH estiment cette préparation de l'estomac indispensable.

Cette attitude pragmatique coupe court à toute discussion sur le concept de transit en urgence vraie, en urgence différée ou de transit en période hémorragique qui chacun recouvre des événements cliniques variés et donc des modalités d'exploration différentes.

Problème du choix du produit de contraste

Le souci de ne pas hypothéquer la séquence des autres examens radiologiques ou endoscopiques a fait rechercher un opacifiant rapidement éliminé et susceptible de donner un contraste valable. Il existe ainsi depuis plusieurs années des produits iodés hydrosolubles radio-opaques (HYPAQUE, GASTROGRAFFINE) qui ont connu des fortunes diverses.

- SHEHADI (202), ROSS (192), GABRIEL (79), COOKE (42), WIESER (213) les utilisent avec satisfaction et peuvent ainsi obtenir après le transit gastro-duodénal une endoscopie (produit transparent) ou une exploration vasculaire (résorption rapide);

- BENOZIO (13), MAILER (146), LIGUORY et BISMUTH leur reprochent un goût peu agréable susceptible de déclencher un état nauséux, surtout d'adhérer moins bien à la muqueuse et de donner un contraste trop faible. Une expérience insuffisante de ces produits qui nous paraissent effectivement mal adhérer à la muqueuse ne nous autorise pas à conclure. Il semble qu'actuellement de nombreux radiologues condamnent leur emploi.

BENOZIO signale encore l'existence d'autres opacifiants iodés ; il s'agit de solutions de sels de sodium et de méthylglucamine de l'acide ioxitalamique à 38 % d'iode* permettant une étude du tractus digestif supérieur avec 4 à 6 ampoules diluées dans 200 ml d'eau et 2 ampoules non diluées pour l'oesophage. Pour cet auteur, le produit donne des résultats comparables à ceux de l'examen baryté.

2) Technique utilisée

Notre méthode d'étude a été la suivante :

- préparation intensive telle que nous l'avons décrite ci-dessus ;
- exploration barytée la plus complète possible sous scopie télévisée avec :
 - . couche mince en début d'examen au moyen d'une bouillie barytée très diluée à cet effet. Ces clichés - GIRAUD et BRET (85) - sont nécessaires pour le dépistage des ulcères de faces qui demeurent la lésion donnant le plus de faux négatifs en urgence (FONTAINE, RETTORI) ;
 - . la sensibilité du malade à l'orthostatisme est testée par l'inclinaison de la table à 45°, position qui permet en général un bon remplissage baryté sans stagnation dans la grosse tubérosité ;
 - . une étude des diverses régions de l'estomac et du duodé-

num est ensuite réalisée en insistant sur toute région suspecte en scopie. Dans la mesure du possible, les clichés sont pris rapidement en position verticale avec, en particulier, étude en profil systématique. L'étude est poursuivie en décubitus et procubitus habituels. La compression est indispensable pour mettre en évidence des ulcères jeunes ou peu volumineux. Les modificateurs du comportement sont utilisés à la demande. Dans certains cas, l'insufflation par potion effervescente et l'étude mucographique ont pu préciser une image suspecte. Les varices oesophagiennes sont recherchées en fin d'examen avec une bouillie épaisse et sous manoeuvre de Valsalva.

Si le malade ne tolère pas l'orthostatisme, l'examen est réalisé essentiellement en procubitus permettant de bonnes séries antro-pyloro-bulbaires, puis en décubitus. Nous avons rarement eu recours à cette technique insuffisante.

Horaire de l'examen par rapport à l'hémorragie

Le délai écoulé entre la dernière extériorisation de sang et l'examen est exposé au tableau n° 4.

HORAIRE DE L'EXAMEN	NOMBRE DE CAS	GRAVITE DE L'HEMORRAGIE	
		Grave	Modérée
Inférieur à 12 H	41	24	17
12 à 24 H	41	30	11
24 à 48 H	34	28	6
48 à 72 H	5	3	2

TABLEAU N° 4

Ce tableau auquel nous ne reconnaissons qu'une valeur indicative révèle cependant le caractère un peu trop tardif de réalisation du transit. Plusieurs malades auraient pu être explorés plus tôt.

Tolérance de l'examen

121 transits oeso-gastro-duodénaux ont été réalisés dans les conditions résumées au tableau n° 5.

CONDITIONS DE TRAVAIL	NOMBRE DE CAS	GRAVITE	
		Grave	Modérée
Bonnes conditions	109	73	36
Conditions moyennes ou mauvaises	12	12	0

TABLEAU N° 5

Parmi les malades explorés dans de mauvaises conditions techniques, dans 5 cas sur 12, on peut invoquer une erreur de coordination parfaitement évitable.

Incidents - Accidents

En dehors de quelques lipothymies, aucun incident ou accident sérieux n'est à déplorer.

C - EXPLORATION VASCULAIRE

1) La splénoportographie transpariétale

Cet examen, nous l'avons dit a acquis droit de cité au cours des hémorragies de l'hypertension portale ; il représente incontes-

tablement l'exploration de choix pour une étude précise de l'axe veineux portal.

La splénoportographie permet non seulement d'affirmer l'hypertension portale de façon quasi certaine mais également de la chiffrer assez exactement par splénomanométrie.

La technique proprement dite de cet examen ne pose guère de problèmes particuliers en période hémorragique. D'exécution rapide, bien supporté, ses échecs sont assez rares. On doit insister sur deux précautions :

- prémédication légère chez un malade qui saigne ;
- contrôle préalable de la crase sanguine non seulement par le traditionnel taux de prothrombine mais également par la mesure du T. S. et du T. C. et, si possible, numération plaquettaire.

Incidents - Accidents

Une statistique récente sur 2 000 splénoportographies "à foird" - LEGER (134) - permet de chiffrer les risques d'accidents graves conduisant à une splénectomie à 1 % des cas. Malgré cette relative rareté, beaucoup d'auteurs hésitent à la pratiquer en urgence car cette exploration comporte ici ses propres conditions de gravité (BISMUTH : 0,5 à 5 % d'accidents) :

- mortalité plus grande des interventions chez un malade souvent cirrhotique fragilisé par une hémorragie, état de fait particulièrement angoissant si une intervention d'hémostase ne s'impose pas pour l'hémorragie digestive ;
- difficulté du diagnostic précoce de rupture splénique par confusion possible avec les signes cliniques liés à la persistance de l'hémorragie.

Notre expérience en ce domaine est courte. Les deux examens rapportés dans ce travail se sont déroulés sans incident.

2) L'artériographie sélective

Grâce à cet examen, le repérage de la lésion par l'intermédiaire de son pôle vasculaire est possible en urgence.

Le but de l'exploration artériographique en période hémorragique n'est pas tellement de rechercher l'image éventuelle d'une lésion hémorragipare (signe d'hypertension portale, malformation vasculaire, tumeur) mais de mettre en évidence un signe direct de l'hémorragie. L'artériographie, en effet, peut permettre de visualiser une extravasation du produit de contraste à travers une artère lésée : le temps artériel de l'angiogramme extériorisant une image de flaque iodée, flaque qui augmente de taille au cours de la sériographie et persiste généralement sur les temps tardifs.

A - Les critères techniques de réussite

Les critères techniques de réussite de cet examen, qui vont finalement contribuer à préciser ses indications, sont assez bien établis :

a) conduite de l'examen

L'artériographie sélective généralement obtenue par cathétérisme retrograde classique par voie fémorale selon les modalités habituelles, s'adresse à des hémorragies graves ; son utilisation de ce fait est liée à plusieurs conditions qui ne peuvent être réunies que dans un centre parfaitement équipé :

- possibilité d'obtenir l'examen dans des délais très brefs ;
- présence d'un réanimateur indispensable ;
- nécessité d'une technique exécutée avec rapidité, donc par un opérateur entraîné ;
- exigence d'un générateur capable d'assurer une bonne définition de l'image et un contraste valable.

b) obtention de la "flaque iodée"

L'image de l'extravasation du produit de contraste n'est obtenue que :

- si l'hémorragie est artérielle et contemporaine de la phase artérielle de l'angiogramme ;
- si le débit hémorragique est suffisant, condition nécessaire

pour poser l'indication. Il faut donc :

- avoir la certitude que l'hémorragie est actuelle ;
- apprécier l'abondance de l'hémorragie.

En expérimentation animale chez le chien, le débit hémorragique donné par NUSBAUM et BAUM (170) pour obtenir une flaque iodée est de 0,5 ml/minute en artériographie sélective et de 5 à 6 ml/minute en aortographie pour JAFFE.

Chez l'homme, la technique a été utilisée surtout aux U. S. A. et en France chez des malades porteurs d'hémorragie grave, le plus souvent en pré-opératoire. Le débit hémorragique nécessaire est de 1 ml/minute pour MITTY (156) et de 5 ml/minute pour WEILL (210) et COODLEY (41). On peut être surpris des différences de chiffres trouvées en clinique humaine et en expérimentation animale. L'explication est sans doute la suivante :

- chez l'animal, l'hémorragie est artificiellement créée par l'intermédiaire de cathéters placés dans de petites artères et reliées à la lumière intestinale ; il s'agit donc de perfusion à débit constant ;

- chez l'homme, au cours des hémorragies digestives, il existe des variations vaso-motrices importantes ; dès lors, l'examen peut fort bien être effectué à un moment où le débit chute à moins de 0,5 ml/minute (donc sans traduction radiologique) alors que le débit global sur plusieurs heures reste élevé.

Signalons enfin qu'outre l'image de tache opaque, WEILL et RICATTE retiennent comme signe d'appel les images de renforcement localisé du dessin artériolo-capillaire et de la parenchymographie : ces renforcements pourraient traduire l'existence d'une lésion en cours d'hémorragie. En fait, ces aspects sont d'interprétation très délicate et les conclusions de ces auteurs après confrontation anatomique restent réservées.

B - Incidents - Accidents

a) en cours d'examen

Outre les rares accidents liés à la technique elle-même,

il faut noter parmi les risques généraux la possibilité de collapsus cardio-vasculaire après injection de produit de contraste chez un malade en état d'instabilité tensionnelle. Un de nos malades a été victime de cet accident. Le collapsus a été difficilement réversible du fait de l'insuffisance de la voie d'abord veineuse mise en place avant l'examen. Cet accident grave aurait pu avoir des conséquences fâcheuses; il incite à la prudence et à la rigueur dans les indications et à une exigence plus grande vis-à-vis des conditions de travail. RICATTE, dans sa thèse, ne signale pas cet accident.

b) après l'examen

La surveillance doit être particulièrement attentive :

- l'hypotension et l'hémoconcentration entraînent une aggravation du risque de thrombose (REUTER et BOOKSTEIN) ;

- enfin, il existe un risque supplémentaire d'hémorragie au point de ponction : en effet, les malades auxquels s'adresse cette exploration peuvent être agités et une mobilisation intempestive du membre inférieur ponctionné entraînera une reprise locale de l'hémorragie. La surveillance locale ne devra pas être négligée en cours d'intervention si une indication opératoire suit l'examen.

Nous n'avons pas eu à déplorer de tels accidents.

CHAPITRE II

LES RESULTATS

—

LES LESIONS

La répartition étiologique de nos 155 observations s'établit ainsi :

. Ulcères gastro-duodénaux.....	68, soit 43,8 %
. Gastrites et ulcérations aiguës.....	31, soit 20,0 %
. Varices oesophagiennes.....	28, soit 18,0 %
. Hernies hiatales et oesophagites.....	11, soit 7,0 %
. Tumeurs malignes.....	8, soit 5,1 %
. Tumeurs bénignes.....	1, soit 0,6 %
. Divers.....	3, soit 1,9 %
. Origine inconnue.....	5, soit 3,2 %

Ce tableau résume les diagnostics définitifs portés après toutes explorations.

La comparaison de nos résultats avec quelques grandes statistiques peut être établie en fonction du tableau n° 6.

-:-:-:-

A U T E U R S et NOMBRE DE CAS	D I A G N O S T I C						
	Ulcères	H. T. P.	Gastrites	H. hiatales Oesophagite	Tumeurs		Divers
					Mal.	Bén.	
EDELMANN 903 hémorragies graves	66,60 %	exclue	14,40 %	2,00 %	5,0 %	1,3 %	-
MOUCHET 135 hémorragies graves	59,50 %	exclue	9,50 %	4,40 %	5,0 %	0,5 %	-
MOUTIER 604 hématomèses	22,00 %	8,00 %	21,80 %	1,00 %	9,9 %	3,1 %	-
LAMBLING 338 hématomèses	56,00 %	13,00 %	-	0,60 %	3,8 %	5,3 %	-
ZOLLINGER 620 hémorragies	57,00 %	13,00 %	8,00 %	3,00 %	2,0 %	-	5,00 %
PALMER 1 400 hémorragies	40,28 %	18,71 %	12,43 %	7,78 %	-	-	13,78 %
Observations personnelles 155	43,80 %	18,00 %	20,00 %	7,00 %	5,1 %	0,6 %	1,90 %

TABLEAU N° 6

Des réserves sont indispensables pour l'interprétation de ces chiffres. Les variations sont nettes en fonction :

- du recrutement médical ou chirurgical ;
- du caractère parfois fragmentaire de la répartition (avec ou sans hypertension portale ; étude limitée aux hématomés) ;
- des moyens d'investigation (utilisation ou non de l'endoscopie en particulier).

Notre propre répartition est très voisine de celle rapportée par PALMER sur un recrutement sans caractère limitatif et avec des modalités d'exploration très voisines de celles que nous avons utilisées. D'une façon générale, à partir des travaux les plus récents utilisant les nouveaux moyens d'investigation à savoir l'endoscopie et parfois l'artériographie sélective, on peut donner les modifications de répartition suivantes concernant les principales étiologies :

- stabilité des chiffres relatifs aux ulcères gastro-duodénaux bénéficiant déjà largement du diagnostic par l'exploration barytée ou l'intervention exploratrice. Cette affection reste la cause la plus fréquente des hémorragies digestives comme en rendent compte unanimement tous les travaux ;

- on ne rencontre guère de modifications sur les chiffres relatifs aux ruptures de varices oesophagiennes ou gastriques. En France, le taux de 15 à 20 % (GUIVARC'H) correspond aux chiffres moyens couramment admis dans les services sans orientation particulière. L'augmentation apparente de fréquence de la gastrite hémorragique, des ulcérations planes et des oesophagites comme facteurs étiologiques tient surtout à leur diagnostic possible par l'endoscopie d'urgence.

I - LES ULCERES GASTRO-DUODENAUX

Nous avons rencontré ce type de lésion 68 fois, soit dans 43,8 % des cas (ou encore 67,9 % des hémorragies graves).

A - LES ULCERES GASTRIQUES (23 CAS)

Les ulcères gastriques sont plus exposés à saigner que les ulcères duodénaux. La comparaison est cependant diversement appréciée dans la littérature :

- 28,7 % pour l'ulcère gastrique,
26,9 % pour l'ulcère duodéal pour LEVRAT (137) sur 500 cas ;
- 17,9 % pour l'ulcère gastrique,
13,8 % pour l'ulcère duodéal pour LAMBLING (129) sur 1 624 cas.

Nos observations personnelles nous ont permis de réunir 23 ulcères gastriques responsables d'un accident hémorragique.

OBSERVATION	NOM	SEXE	AGE	C L I N I Q U E	GRAVITE	ENDOSCOPIE
						Diagnostic
1	PON	M	69	Ethylisme +++, douleurs épigastriques. Aspirine. H 15.3.71	++	Ulcère de la petite courbure
2	PLA	M	53	Syndrome ulcéreux, H 4.9.71	++	Ulcère pré-pylorique
3	BER	M	61	Douleurs épigastriques, H 20.9.71	+	Ulcère pré-pylorique
4	PAV	F	57	Indocid, aspirine, H 25.9.71	++	Ulcère de la petite courbure
5	FOU	M	83	Douleurs épigastriques, H 13.10.71	++	
6	DUB	M	62	Ulcère PC gastrique, perforation (suture), hémorragie post-opératoire 26.10.71	+	Ulcère hémorragique
7	CHE	M	61	Ulcère ? Syndrome ulcéreux, aspirine, H 29.10.71	+	Ulcère pré-pylorique
8	MER	M	76	Douleurs épigastriques, H 26.10.71	++	Endoscopie refusée
9	POZ	F	77	Douleurs épigastriques, H 10.11.71	++	Ulcère de la PC, gastrite érosive
0	GRA	F	71	Douleurs épigastriques, H 28.11.71	+	Ulcère de la PC sous cardiale, gastrite érosive
1	COU	M	52	Cirrhose décompensée, H 1.12.71	++	Varices oesophagiennes, gastrite hémorragique, ulcère pré-pylorique
2	BOU	M	60	Ethylisme, cirrhose, test Blackmore négatif, H 25.12.71	+++	
3	MIL	M	66	Infarctus. Ttt Héparine, H 30.12.71	+	
4	DUR	M	67	Ethylisme, H. T. P., H 15.1.72	++	Niche pré-pylorique, varices oesophagiennes
5	CLA	M	72	Hémorragie gravissime, H 21.1.72	+++	
6	ROC	M	55	Cirrhose décompensée, H 24.1.72	++	Pas de lésion décelable
7	DEI	F	75	Anti-inflammatoires, H 3.2.72	++	Ulcère de la PC, gastrite ulcéreuse
8	GUI	F	73	Insuffisance respiratoire chronique, héparine + cortisone, H 10.2.72	++	Oesophagite
9	GAV	F	64	Douleurs épigastriques, ulcère, H 4.3.72	+	
0	BAS	F	56	Asthme, cortisone, H 4.5.72	+	Ulcère face postérieure
1	DED	M	67	Intervention lithiase biliaire, H post-opératoire 7.6.72	+++	Examen impossible (sang +++)

LAVAGE GASTRIQUE	R A D I O L O G I E		EVOLUTION	VERIFICATION
	Diagnostic	Tolérance		
-	Ulcère gastrique (niche à ménisque) PC	B	Récidive, int.(Pr SARRAZIN) guérison	Op.
-	Pas de lésion décelable (artériographie)	B	Récidive, int.(Pr LATREILLE) guérison	Op.
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	-
-	Ulcère de la PC	D	Récidive, int.(Dr GAUTHIER) guérison	Op.
-	Volumineuse niche antrale	D	Récidive, décès	N. V.
L		-	Favorable	-
-	Ulcère pré-pylorique, hernie hiatale	B	Favorable	-
-	Pas de lésion décelable (mauvaises conditions techniques)	D	Récidive, décès	Anat. Ulcère angulus
-	Hernie hiatale, ulc. de la PC, ulc. du bulbe	B	Récidive, guérison, ttt médical	-
-	Ulcère de la PC sous-cardiale	B	Récidive, int. guérison	Op.
L		-	Décès	Anat.
L	Artériographie flaque iodée (artère pylorique)	-	Récidive, int.(Pr BOUCHET) guérison	Op.
-	Niche de la PC angulaire	B	Favorable	-
-	Varices oesophagiennes	B	Favorable	-
-		-	Int. exploratrice (Pr BOUCHET), décès	Op. Ulc. face postérieure
L	Ulcère pylorique	B	Récidive, int.(Dr SUAUDEAU) décès	Op.
-		-	Récidive, int.(Dr BRABANT) décès	Op.
L	Ulcère sous-cardial, bulbe ulcéreux	D	Décès non lié à l'hémorragie	N. V.
-	Ulcère de PC antrale	B	Favorable	-
-	Ulc. face post., hernie hiatale	B	Favorable	-
L		-	Récidive, int. (Dr LEVY), décès	Op. Ulcère PC

OBSERVATION	NOM	SEXE	AGE	CLINIQUE	GRAVITE	ENDOSCOPIE
						Diagnostic
2	PEN	F	75	Insuffisance coronarienne, anti-coagulants, H 21.6.72	++	
3	POR	M	43	Ulcère du bulbe connu, H 3.7.72	++	Ulcère de la PC, gastrite éro- ve

TABLEAU N° 7

LAVAGE GASTRIQUE	RADIOLOGIE		EVOLUTION	VERIFICATION
	Diagnostic	Tolérance		
-	Ulcère de la petite courbure	B	Favorable	-
L	Ulcère de la PC, bulbe ulcéreux	B	Récidive, int. (Dr DES-COURS), guérison	Op.

ABREVIATIONS

- H = hémorragie.
- la gravité de l'hémorragie est appréciée selon l'abondance du saignement :
 - + : hémorragie modérée ;
 - ++ : hémorragie grave ;
 - +++ : hémorragie gravissime.
- la pratique du lavage gastrique est symbolisée par la lettre L, la tolérance aux examens endoscopique et radiologique par les lettres B (examen bien toléré) ou D (examen difficile) et AG (anesthésie générale).
- la vérification du diagnostic a été opératoire (Op.) ou anatomique (anat.).
- int. = intervention.
- PC = petite courbure.
- ulc. = ulcère.

1) Etiologie

Parmi les circonstances de survenue, nous relevons :

- la pauvreté de la symptomatologie clinique (aucun syndrome ulcéreux) ;
- 3 ulcères connus, dont 2 avaient déjà donné lieu à des accidents hémorragiques antérieurs ;
- un facteur médicamenteux révélateur peut être retenu de façon certaine dans 7 cas.

2) Diagnostic

21 fois les examens complémentaires endoscopiques et radiologiques nous ont permis un diagnostic ; quelques points méritent d'être commentés.

a) insuffisance de la radio :

Quatre fois sur 17 explorations (observations n° 2, 3, 8, 14).

Observations n° 2, 3, 14 : dans ces 3 cas, il s'agissait de petits ulcères pré-pyloriques de quelques millimètres de diamètre, diagnostiqués en endoscopie et certainement inaccessibles, du fait de leur taille, à l'exploration barytée en dehors de l'urgence ; en effet :

- . 2 malades avaient déjà eu un transit récent pour syndrome douloureux épigastrique qui ne révélait pas de lésion ;
- . Chez le troisième malade, la lésion était difficilement visible à l'exploration macroscopique de la pièce opératoire.

Observation n° 8 : dans un cas, il s'agissait d'un malade âgé, ayant refusé l'examen endoscopique ; chez ce patient, le transit réalisé dans de très mauvaises conditions n'a pu mettre en évidence un volumineux ulcère chronique de la petite courbure angulaire. Le diagnostic a été fait par vérification anatomique à la suite du décès par infarctus myocardique provoqué par une récurrence hémorragique.

b) insuffisance de l'endoscopie

Trois fois sur 160 explorations.

Observation n° 16 : l'agitation du malade, cirrhotique à un stade évolué, oblige à abréger l'examen à la suite d'une exploration médiocre qui ne peut qu'exclure le diagnostic de rupture de varices oesophagiennes. Un ulcère pylorique responsable de l'hémorragie et retrouvé à l'intervention est découvert par le transit.

Observation n° 18 : l'endoscopie effectuée chez une malade en état d'insuffisance respiratoire aiguë, sous assistance ventilatoire, ne constate qu'une oesophagite ; un ulcère sous-cardial qui apparaîtra évident sur le transit gastro-duodéal n'est pas visualisé.

Observation n° 21 : l'abondance de l'hémorragie +++ chez ce malade est telle qu'il est impossible de déterminer l'origine du saignement (examen sous anesthésie générale en salle d'opération ; malade en état de collapsus cardio-vasculaire). L'intervention immédiate révèle un ulcère de la petite courbure antrale angioterrébrant.

c) dans un cas (observation n° 12) le diagnostic est suggéré par artériographie sélective (érosion d'une branche de la coronaire stomachique).

d) enfin, dans l'observation n° 15, c'est l'intervention exploratrice sans délai chez un malade porteur d'une hémorragie cataclysmique qui découvre un ulcère de la face postérieure de l'estomac (il faut noter que des moelénas modérés depuis 48 heures auraient dû justifier des investigations préalables).

3) Pronostic

Si l'ulcère gastrique saigne plus souvent que l'ulcère duodéal, toutes les statistiques chirurgicales s'accordent à lui reconnaître une évolution immédiate plus sévère. EDELMANN, GUIVARC'H, MARTIN (150), KOZOLL (125), WARD Mc QUAID (208) l'ont bien montré. Pour MARTIN, l'ulcère gastrique nécessite 3 fois plus souvent une intervention d'urgence que l'ulcère du bulbe.

Nos constatations corroborent largement cette notion classique

et nous incitent à une grande prudence lors de la découverte de cette lésion. En effet, sur 23 cas, nous comptons :

- 16 hémorragies graves (critères d'EDELMANN) ;
- surtout, 15 cas d'évolution sévère récidivante avec :
 - . 10 interventions pour hémostase d'urgence ;
 - . 3 décès avant toute intervention (sans que l'attentisme puisse être tenu pour responsable) ;
 - . 1 intervention en semi-urgence pour reprise de l'hémorragie à brève échéance ;
 - . 1 cas d'évolution récidivante non opérée en raison de l'état général et dont l'hémorragie a fini par se tarir spontanément.
- au total, avec ou sans intervention : 7 décès directement liés à l'hémorragie.

Même si l'on tient compte de la survenue de 3 ulcères gastriques (2 décès) chez des cirrhotiques, le pourcentage de gravité est impressionnant. Ceci nous paraît imposer la surveillance d'une telle lésion en milieu chirurgical d'autant plus que plusieurs de nos malades ont présenté des récidives foudroyantes. Il semble que l'on puisse attribuer ce pronostic péjoratif à deux facteurs : l'âge de survenue (17 cas à plus de 60 ans) et la fréquence assez grande des ulcères angioterrébrants. La connaissance précoce du diagnostic doit permettre une meilleure adaptation de la conduite thérapeutique.

B - LES ULCERES DU BULBE

Ce type de lésion regroupe 45 de nos observations.

OBSERVATION	NOM	SEXE	AGE	C L I N I Q U E	GRAVITE	ENDOSCOPIE
						Diagnostic
24	VER	M	31	Syndrome ulcéreux, H 15.9.71	+	
25	KET	M	32	Syndrome ulcéreux, H 29.9.71	++	
26	VAN	M	29	Syndrome ulcéreux, H 9.10.71	++	
27	NAV	M	60	Douleurs épigastriques atypiques, antécédents d'ulcère ? H 10.10.71	+	
28	WYR	M	49	Douleurs épigastriques atypiques, antécédents d'ulcère ? Aspirine. H 15.10.71	++	Inflammation du pylore, gastrite
29	GOD	F	38	RAS H 9.11.71	++	Pylore déformé et inflammatoire, gastrite, reflux pyl. sang rouge
30	RIV	F	35	Cirrhose, cholécystectomie pour lithiase, décompensation ; corticoïdes H 27.11.71	++	
31	KOL	F	21	Douleurs épigastriques, aspirine, H 30.11.71	+	Déformation pylorique
32	FRA	M	51	Ethylisme, H 30.11.71	++	Pylore déformé et inflammatoire, gastrite
33	TRE	F	79	Douleurs épigastriques atypiques, antécédents d'ulcère ? H 5.12.71	++	Pylore déformé et inflammatoire, oesophagite, gastrite
34	FAS	F	59	Ethylisme, dénutrition, H. T. P. H 7.12.71	+++	Impossible (quantité sang intragastrique trop importante)
35	ARN	M	48	Ulcère du bulbe connu, H 12.12.71	+	
36	ARB	M	57	Polypose colique H 6.12.71	+	
37	BAN	F	67	Syndrome ulcéreux, H 11.12.71	++	Pylore inflammatoire, bulbe inflammatoire, reflux sang rouge
38	GIR	F	71	Syndrome ulcéreux, H 20.12.71	+	Inflammation pylorique
39	RIC	M	66	Syndrome ulcéreux, aspirine + anti-inflammatoires, H 21.12.71	++	Inflammation pylorique, reflux sang rouge
40	KLA	F	22	RAS, H 26.12.71	++	Reflux sang rouge par le pylore
41	GAI	M	76	RAS, H 28.12.71	++	Déformation pylorique
42	EYM	M	52	Cirrhose décompensée, H 3.1.72	++	
43	VEN	M	26	Syndrome ulcéreux typique, H 5.1.72	+	

LAVAGE GASTRIQUE	RADIOLOGIE	Tolérance	EVOLUTION	VERIFICATION
	Diagnostic			
-	Ulcère du bulbe typique	B	Favorable	-
-	Ulcère du bulbe typique	B	Favorable	-
L	Ulcère du bulbe typique	B	Favorable	
-	Déformation du bulbe d'allure ancienne avec volumineuse niche	B	Favorable	
-	Déformation ulcéreuse du bulbe d'allure ancienne	B	Favorable	
-	Ulcère centro-bulbaire	B	Favorable	
L	Ulcère du bulbe ; pas de varice	B	Coma, reprise de l'hémorragie, décès	N. V.
-	Bulbe déformé avec niche très probable	B	Favorable	
-	Ulcère du bulbe	B	Favorable	
L	Petite hernie hiatale, ulcère de la pointe du bulbe	B	Favorable	
L	Artériographie, flaque iodée (artère gastro-duodénale)	-	Décès par inhalation hématomateuse	Anat.
-	Ulcère du bulbe typique	B	Favorable	
-	Ulcère du bulbe probable	B	Favorable, disparition niche sous traitement	
-	Ulcère du bulbe probable	B	Favorable	
-	Ulcère du bulbe avec déformation d'allure ancienne	B	Favorable	
-	Ulcère du bulbe typique	D	Favorable	
L	Petite niche à la base du bulbe (couches minces)	B	Récidive, évolution favorable (ttt médical)	
-	Ulcère du bulbe	B	Récidive, évolution favorable, (ttt médical)	
-	Varices oesophagiennes ++, ulcère du bulbe	B	Récidive, int. (Dr Contamin) décès	Op.
-	Ulcère du bulbe	B	Favorable	

44	FAL	M	57	Antécédents d'ulcère ? Traumatisme face (accident circulation), H suites opératoires 8.1.72	++	Impossible (fracas maxillaire)
45	RIC	M	47	Syndrome ulcéreux, H 9.1.72	+	
46	GRE	M	35	Ulceré connu, aspirine, H 14.1.72	++	
47	ROU	M	42	Ethylisme, douleurs atypiques, H 14.1.72	++	Ulceré du bulbe hémorragique
48	JOU	F	63	Hémorragie au 8e jour après appendicectomie 12.1.72	++	Inflammation pylorique, ulcération du bulbe, oesophagite
49	DUM	M	62	Syndrome ulcéreux, H 6.2.72	++	Oesophagite, pylore non vu
50	DIC	M	49	Syndrome ulcéreux, H 22.2.72	++	Gastroscope refusée
51	GRA	M	73	Insuffisance respiratoire chronique, syndrome ulcéreux, aspirine, H 27.2.72	++	
52	VAS	M	58	Aspirine, H 4.3.72	++	Antrite
53	BEN	M	35	Douleurs épigastriques, H 30.3.72	++	Déformation, inflammation pylore
54	PIE	M	29	Douleurs épigastriques, H 19.4.72	+	RAS
55	TOR	M	79	RAS, H 23.4.72	++	Ulceré bulbe avec caillot sur la face antérieure, oesophagite
56	QUA	M	71	Insuffisance respiratoire chronique H 26.4.72	+	
57	AMI	M	26	RAS, H 23.5.72	++	Inflammation pylorique, oesophagite
58	TIS	M	47	Ethylisme, H 7.6.72	++	Reflux sang pylorique
59	REB	M	63	Ethylisme, hépatomégalie, H 10.6.72	++	Petites varices oesophagiennes, ulc. bulbe face postérieure
60	ARO	M	64	Anti-inflammatoires, H 12.6.72	++	
61	EYM	M	62	Hépatite cholestatique, H 15.6.72	++	Reflux sang pylorique, ulcère du bulbe
62	COT	M	22	Douleurs épigastriques, aspirine, H 22.6.72	+	Gastrite
63	PEY	M	67	Ethylisme, hépatomégalie, obésité, H 28.6.72	++	Reflux sang pylorique, pylore inflammatoire
64	RE.	M	66	Ulceré bulbe, cirrhose connus, H 7.7.72	++	2 ulcères bulbe hémorragiques, ulcérations PC gastrique
65	MAD	M	72	Ethylisme, H 11.7.72	++	Ulceré bulbe face ant. hémorragique, ulc. gastrique (angulus)
66	MO.	M	44	Ethylisme, H 1.7.72	++	Reflux sang pylorique, bulbe inflammatoire, ulcère non vu
67	TAB	M	41	Ulceré du bulbe connu, H 20.7.72	++	Reflux sang pylorique, ulcère bulbe hémorragique
68	SCH	M	23	Douleurs épigastriques, H 21.7.72	+	Ulceré bulbe face ant. hémorragique, gastrite

Ulcère du bulbe avec déformation	B	Récidive, int.(Pr Lotreille), favorable	Op.
Niche centro-bulbaire	B	Favorable	
Déformation bulbaire (ulcère ancien)	B	Favorable	
Ulcère du bulbe	B	Favorable	
	-	Favorable, int. pour éviscération, confirmation ulcère du bulbe	Op.
Ulcère du bulbe, hernie hiatale	B	Favorable	
Ulcère du bulbe très probable	B	Favorable, disparition niche après traitement	
Ulcère du bulbe	B	Favorable	
Ulcère du bulbe très probable	B	Favorable, disparition niche après traitement	
Ulcère du bulbe	B	Favorable	
Ulcère du bulbe très probable	B	Favorable	
	-	Int.(Dr Suaudeau), décès	Op.
Ulcère du bulbe	B	Favorable	
Ulcère du bulbe	B	Favorable	
Ulcère du bulbe	B	Favorable	
Ulcère du bulbe	B	Favorable	
Ulcère du bulbe	B	Favorable	
Bulbe ulcéreux	B	Récidive, int.(Dr Descourt) favorable	Op.
Ulcère du bulbe	B	Favorable	
Ulcère du bulbe très probable	B	Récidive, favorable (ttt médical)	
2 ulcères du bulbe	B	Favorable	
Ulcère bulbe, petit ulcère gastrique	B	Favorable	
Déformation ulcéreuse du bulbe	B	Favorable	
Déformation ulcéreuse du bulbe	B	Récidive, int.(Dr Brabant) favorable	Op.
Ulcère du bulbe	B	Favorable	

1) Etiologie

Circonstances de survenue :

- si l'hémorragie est souvent la première manifestation de l'hémorragie, on retrouve néanmoins un syndrome ulcéreux franc 11 fois ;
- 5 ulcères sont connus avant l'accident. Par ailleurs, 5 malades "croient" être porteurs d'un ulcère ;
- un facteur médicamenteux révélateur peut être incriminé 9 fois.

2) Diagnostic

L'apport diagnostique de la radiologie au bénéfice de cette affection est nettement supérieur à celui de l'endoscopie puisque l'emploi de la duodénoscopie a été tardif dans notre travail.

a) apport du transit baryté : sur 42 explorations

1°- dans 28 cas, le diagnostic radiologique est considéré comme certain sur l'existence d'une image de niche. Cette proportion flatteuse de découverte du signe direct de la lésion n'est pas toujours retrouvée : KOZOLL (1 085 ulcères du bulbe hémorragiques) retient le diagnostic d'ulcère dans 74 % des cas sur une déformation caractéristique.

2°- dans 14 cas, l'interprétation retient le diagnostic d'ulcère très probable (image d'addition moins évidente associée ou non à des déformations du bulbe).

3°- dans 3 cas, une déformation caractéristique du bulbe ulcéreux apparaît isolée.

4°- une érosion de l'artère gastro-duodénale est objectivée par artériographie sélective dans l'observation n° 34.

b) apport de l'endoscopie : sur 28 explorations

1°- dans 8 cas, l'ulcère est visualisé (4 fois par bulboscopie). Dans 2 observations, l'endoscopie seule a été réalisée et a permis un diagnostic.

2°- dans 5 cas, l'observation du pylore permet de constater un reflux de sang rouge provenant d'une lésion en aval.

c) la confrontation entre la radio et l'endoscopie est particulièrement utile dans les 14 diagnostics retenus comme probables au transit.

En effet, l'endoscopie non seulement confirme l'absence de source hémorragique intra-gastrique, mais peut mettre en évidence des signes indirects en faveur d'une lésion bulbaire :

- hypertonie antrale, gastrite d'hyperfonctionnement ;
- déformation et inflammation pylorique ++.

Ces signes indirects sont retenus par HIRSCHOWITZ (99) et HEUILLY (97).

Sur 14 diagnostics radiologiques de forte probabilité, l'association à l'endoscopie a été bénéfique 8 fois :

- | | |
|------------------------------------|--------|
| - image directe en endoscopie..... | 3 fois |
| - reflux pylorique sanglant..... | 1 fois |
| - signes indirects..... | 4 fois |
| - aucun apport..... | 2 fois |
| - endoscopie non faite..... | 4 fois |

3) Pronostic

33 observations répondent au critère de gravité d'EDELMANN. L'évolution de ces malades est cependant différente de celle des porteurs d'ulcères gastriques. En effet, l'installation de l'hémorragie est souvent très progressive, sur deux à trois jours, et l'arrêt du saignement est en général obtenu dès l'hospitalisation.

- 5 malades seulement ont été opérés d'urgence pour récurrence immédiate et importante (observations n° 42, 44, 55, 61 et 67) avec 2 décès post-opératoires, chez un cirrhotique comateux et chez un vieillard de 79 ans ;

- 2 malades sont décédés sans intervention :

- . observation n° 30 : décès à la suite d'un coma hépatique au cours d'une cirrhose éthylique ;
- . observation n° 34 : décès par inhalation d'hématémèse après retrait d'une sonde de Blackmore.

Au total, 7 hémorragies (15,5 %) à risque vital chez 45 sujets porteurs d'un ulcère du bulbe sont à opposer aux 15 hémorragies (65,2 %) à même risque chez 23 porteurs d'ulcère gastrique.

U L C E R E S G A S T R O - D U O D E N A U X

APPORT DE L'ENDOSCOPIE

Fig. 1 : Très petit ulcère pré-pylorique (à 3 heures par rapport au pylore). Le filet de sang coule le long de la petite courbure antrale, le malade étant placé en léger Trendelenburg. Cet ulcère non retrouvé lors de l'intervention ne sera découvert que sur la pièce de dégastro-gastrectomie lors de la reprise opératoire pour récurrence de l'hémorragie.

Fig. 2 : Hémorragie grave. Ulcère du bulbe. Endoscopie sous anesthésie générale en salle d'opération à la suite d'une hémorragie incoercible : on perçoit, à travers le pylore en vision rapprochée, un volumineux caillot recouvrant un ulcère sur la face antérieure du bulbe. Confirmation opératoire.

Fig. 3 : Vision directe de l'hémorragie. Ulcère de la petite courbure gastrique horizontale juxta-angulaire. La lésion est révélée par un filet de sang tombant verticalement de la petite courbure. La portion supérieure du "fer à cheval" est visible dans la partie supéro-gauche du cliché. Confirmation opératoire.

II

U L C E R E S G A S T R O - D U O D E N A U X

APPORT DE LA DUODENOSCOPIE

Fig. 1 : Ulcère du bulbe bien visualisé par la duodénoscopie. La traduction radiologique sera également indiscutable.

U L C E R E S G A S T R O - D U O D E N A U X

APPORT DE LA RADIOLOGIE

Fig. 1 : Ulcère de la petite courbure gastrique juxta-angulaire de petite taille mis en évidence par compression dosée. L'endoscopie guidée par le transit retrouvera difficilement cet ulcère en vision axiale.

Fig. 2 : L'intervention d'urgence chez ce malade confirme l'ulcération entourée d'une impressionnante gastrite mamelonnée. L'examen anatomo-pathologique affirmera la bénignité.

U L C E R E S G A S T R O - D U O D E N A U X

APPORT DE LA RADIOLOGIE

Fig. 1 : Ulcère du bulbe. La constatation de signe indirect au niveau pylorique en endoscopie fait rechercher attentivement une lésion en aval du pylore. La compression permet le diagnostic de niche centro-bulbaire, traduction d'un ulcère jeune non accompagné de déformation de la silhouette bulbaire.

Fig. 2 : Ulcère de la face postérieure de l'estomac. La compression met en évidence la niche à peine visible sur le profil. L'ulcère est également visible en endoscopie.

U L C E R E S G A S T R O - D U O D E N A U X

APPORT DE LA RADIOLOGIE

Fig. 1 : Ulcère du canal pylorique au cours d'une cirrhose. L'image d'addition de la petite courbure pylorique est constante sur les séries ; échec de l'endoscopie. Confirmation à l'intervention.

Fig. 2 : Double localisation ulcéreuse bulbaire confirmée en endoscopie.

U L C E R E S G A S T R O - D U O D E N A U X

INTERET DE L'ASSOCIATION DES DEUX TECHNIQUES

Fig. 1 : Reflux pylorique de sang rouge en fibroscopie à la faveur d'un mouvement de retropulsion.

Fig. 2 et 3 : Chez la même malade, l'étude mucographique permet de retenir une très petite niche de la base du bulbe.

U L C E R E S G A S T R O - D U O D E N A U X

INTERET DE L'ASSOCIATION DES DEUX TECHNIQUES

Fig. 1 : Déformation ulcéreuse du bulbe inconstamment retrouvée sur les séries bulbaires.

Fig. 2 : Chez le même malade, l'endoscopie affirme l'existence d'un ulcère du bulbe que l'intervention situera en fait sur le duodénum post-bulbaire.

II - LES GASTRITES HÉMORRAGIQUES ET

ULCÉRATIONS AIGUES

Le décompte de nos observations situe la gastrite hémorragique et les ulcérations aiguës au deuxième rang après les ulcères gastro-duodénaux et avant les ruptures de varices oesophagiennes, parmi les étiologies des hémorragies digestives hautes. Nous avons pu regrouper dans ce chapitre 31 de nos observations (20 % des cas).

OBSERVATION	NOM	SEXE	AGE	C L I N I Q U E	GRAVITE	ENDOSCOPIE
						Diagnostic
69	BAR	F	77	Prise d'aspirine, H 7.3.71	++	Gastrite érosive et hémorragique
70	COU	M	53	Gastrectomisé, aspirine, H 3.10.71 (en 1943)	++	Gastrite ulcéreuse
71	BUL	M	42	Septicémie, H 13.10.71	++	Gastrite hémorragique
72	ADD	M	26	Douleurs épigastriques, gastrite connue, H 26.10.71	++	Gastrite érosive et hémorragique
73	GEL	F	65	PCE, H 1.11.71	++	Gastrite érosive et hémorragique
74	CHA	F	73	PCE ; Catalgine, H 6.11.71	++	Gastrite érosive et hémorragique
75	PAS	F	58	Cirrhose, aspirine, H 17.11.71	+	Gastrite érosive
76	BOU	M	77	Douleurs épigastriques, H 20.11.71	+	Gastrite érosive
77	FAV	F	21	Aspirine, H 7.12.71	+	Gastrite hémorragique
78	BAL	M	65	Absorption moules crues, H 16.12.71	+	Gastrite hémorragique
79	FUZ	F	67	LMC, gastrectomisée en 1954, H 28.12.71	++	Ulcération hémorragique de la P
80	LEP	F	65	Aspirine, H 31.12.71	++	Gastrite hémorragique
81	ARL	F	36	Douleurs épigastriques, H 15.1.72	++	Gastrite hémorragique
82	PAR	M	53	Gastrectomisé en 1953, aspirine, H 1.2.72	++	Gastrite hémorragique
83	BAL	M	52	Int. neuro-chirurgicale, H 9.2.72	++	Gastrite érosive, hernie hiatal
84	LOP	M	40	Ulcère du bulbe connu, H 17.2.72	+	Gastrite érosive et hémorragique
85	FIN	F	69	Aspirine, H 1. 3.72	++	Gastrite hémorragique
86	RID	M	52	Phénylbutazone, H 7.3.72	++	Gastrite érosive et hémorragique
87	MER	F	72	Dyspepsie, H 19.3.72	+	Gastrite hémorragique
88	WEL	F	80	Aspirine + anti-inflammatoires H 24.3.72	++	Gastrite érosive
89	BER	M	78	Accident vasculaire cérébral, H 31.3.72	++	Gastrite hémorragique
90	MON	M	71	Hypercalcémie, cancer secondaire du foie, H 1.4.72	+	Varices oesophagiennes, gastrite hémorragique
91	ROU	M	50	Polytraumatisé, H 21.4.72	+	Ulcère aigu antral
92	CES	M	42	Ethylisme +++, H 30.4.72	++	Gastrite érosive localisée

L C E R A T I O N S A I G U E S

LAVAGE GASTRIQUE	RADIOLOGIE	Tolérance	EVOLUTION	VERIFICATION
	Diagnostic			
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
-	2 ulcérations sur bouche d'anastomose	B	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
L	Hernie hiatale	B	Récidive, guérison, (ttt médical)	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
-	Hernie hiatale	B	Favorable	
L	Reflux gastro-oesophagien	B	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	2 récurrences, guérison, ttt médical	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
L		-	Favorable	
-	Déformation ulcéreuse du bulbe	B	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
-		-	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
-		-	Favorable	
-		-	Favorable	
-		-	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	Int.(Pr Latreille), gastrectomie 2/3, décès p-o	Op.

OBSERVATION	NOM	SEXE	AGE	C L I N I Q U E	G R A V I T E	ENDOSCOPIE
						Diagnostic
93	BAL	M	65	Hématome sous-dural, H 30.4.72	++	Gastrite érosive hémorragique
94	MEN	M	50	Insuffisance rénale aiguë post-opératoire, H 4.5.72	++	Oesophagite, gastrite et duodénite hémorragiques
95	BOU	M	52	Int. neuro-chirurgicale, corticoïdes H 8.5.72	++	Oesophagite, gastrite érosive
96	MAI	M	56	Anti-coagulants + aspirine, H 1.6.72	++	Gastrite hémorragique
97	BER	M	56	H. T. P., éthylisme, H 5.6.72	+	Varices oesophagiennes, gastrite hémorragique
98	BER	F	57	Ethylisme, aspirine, H 12.6.72	+	Varices oesophagiennes, gastrite hémorragique
99	BIL	M	72	Ethylisme, aspirine, H 2.7.72	+	Gastrite hémorragique

TABLEAU N° 9

LAVAGE GASTRIQUE	RADIOLOGIE	Tolérance	EVOLUTION	VERIFICATION
	Diagnostic			
L		-	Favorable	
L	Hernie hiatale	D	Récidive, int.(Pr BOUCHET) vagotomie, récidive, décès	Anat.
L		-	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	D	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	

La pratique de l'endoscopie d'urgence, qui seule parmi les examens complémentaires peut en assurer le diagnostic, a révélé la place importante des gastrites hémorragiques dans la répartition étiologique des hémorragies digestives. L'existence de ce type de lésion souvent rencontrée dans le cadre très polymorphe des hémorragies médicamenteuses - CAMATTE (28) - n'est pas étrangère à leur augmentation de fréquence en valeur absolue.

L'influence de l'endoscopie sur l'appréciation de la fréquence de la gastrite hémorragique est bien démontrée par KATZ à l'aide du tableau n° 10.

NOMS	ENDOSCOPIE	NOMBRE DE CAS	% GASTRITES HEMORRAGIQUES
BROWN (1950)	non	324	-
MARTHIN (1953)	non	246	5
BERKOWITZ (1956)	non	500	1
ZIMMERMANN (1956)	non	200	-
PALMER (1952)	oui	121	22
JONES (1956)	oui	1 910	30
PALMER (1962)	oui	650	15
KATZ (1963)	oui	150	26
HIRSCHOWITZ (1963)	oui	216	22

TABLEAU N° 10

(Tableau tiré de KATZ, Am. Dig. Diseases, 1964, 9, 447, Sources of bleeding in upper gastro-intestinal hemorrhage).

Cette augmentation de fréquence est également notée lors de la clôture du débat sur les hémorragies digestives graves (Mém. Acad. Chir. 1966) où elle est ici souvent reconnue au cours d'une laparotomie exploratrice.

1) Etiologie

Depuis les travaux de LAMBLING (130) en France, il est assez habituel de distinguer schématiquement :

1°- les gastrites hémorragiques primitives (3 cas)

Elles sont caractérisées par des hémorragies en nappe, diffuses, dont le mécanisme est primitivement vasculaire (rash vasomoteur). Trois de nos observations (n° 81, 87, 89) répondent à cette définition.

2°- les gastrites chroniques qui saignent (4 cas) :

En ce cas, la gastrite existe préalablement à l'accident aigu et n'est responsable de l'hémorragie qu'au cours d'une poussée évolutive. Quatre de nos malades paraissent pouvoir être rangés dans cette catégorie (observations n° 72, 73, 76, 92).

3°- les gastrites hémorragiques secondaires (24 cas)

Les facteurs étiologiques suivants peuvent être retenus dans nos observations :

- gastrites médicamenteuses : 12 cas

. aspirine.....	9 cas
. aspirine + anti-inflammatoires.....	1 cas
. aspirine + anti-coagulants.....	1 cas
. Phénylbutazone.....	1 cas

- gastrites hémorragiques de cause centrale : 6 cas

- . lésions du système nerveux : observations n° 83, 93, 95 ;
- . lésions de stress : observations n° 71, 91 ;
- . insuffisance rénale aiguë : observation n° 94.

Parmi ces hémorragies digestives de cause centrale, nous avons regroupé soit des lésions de gastrite hémorragique, soit des ulcérations aiguës. Chez un malade en particulier, nous avons découvert une érosion muqueuse antrale à "l'emporte pièce" (l'évolution favorable et l'absence de diagnostic anatomo-pathologique ne nous permettent pas de retenir le diagnostic d'exulcération simplex selon les critères que rappelle récem-

ment SAVA dans une revue sur cette question). MOULLE (162), BRIHAYE (25), PARIS (181), SUGAWA (204) distinguent bien ces divers types de lésion fréquemment retrouvés en pathologie de réanimation.

- gastrites hémorragiques allergiques : 1 cas (observation n° 78).

- gastrites hémorragiques dans le cadre d'une hypertension portale : 3 cas (observations n° 90, 97, 98).

- gastrites hémorragiques au cours des ulcères gastro-duodénaux : 1 cas (observation n° 84). Chez ce malade ayant des antécédents d'ulcère du bulbe, l'endoscopie met en évidence une gastrite à gros plis et surtout une ulcération superficielle de la petite courbure postérieure très hémorragique ; le transit gastro-duodéal ne montrera que des déformations du bulbe.

- une observation enfin (n° 79) ne peut être classée : chez cette malade porteuse d'une L. M. C., l'importance de l'hémorragie ne nous permet pas de faire un diagnostic précis ; la source de l'hémorragie est déterminée à partir d'une ulcération plane non accessible au transit gastro-duodéal. Cette ulcération survient dans le cadre d'une gastrite importante. Aucune précision histologique ne sera apportée ultérieurement.

2) Diagnostic

Il est évidemment établi par l'endoscopie seule. Néanmoins, la pratique du transit gastro-duodéal s'avère dans tous les cas indispensable pour dépister une association lésionnelle possible.

Les aspects macroscopiques et endoscopiques des gastrites hémorragiques sont bien connus. CHEVALLIER et MOUTIER (33) les avaient déjà bien décrits dès 1936. GADRAT (81) définit l'évolution des lésions en fonction du temps à partir de l'épisode hémorragique. HALPHEN (90) dans sa thèse confirme leur labilité et l'importance d'un examen précoce pour en faire le diagnostic.

Nous avons rencontré les images endoscopiques suivantes :

.../...

- 5 fois une hémorragie en nappe : avec saignement actif sous forme de rosée sanglante (observations n° 81, 87, 94, 96) ;
- 4 fois des érosions punctiformes en piquûres d'aiguille (MOUTIER, CORNET). Les petites érosions, à la limite de la visibilité à l'oeil nu, sont d'aspect rougeâtre ou réalisent parfois un piqueté de très petits caillots extrêmement diffus (observations n° 71, 77, 82, 85) ;
- 2 fois un aspect pétéchiâ (observations n° 78, 99) ;
- 16 fois une gastrite érosive : ce caractère érosif est assez particulier aux hémorragies médicamenteuses - LEVRAT (136) -, mais on le rencontre également dans de nombreuses gastrites atrophiques chez des malades âgés (observations n° 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 84, 86, 88, 89, 92, 93).

Dans la majorité des cas, plus encore que de simples érosions muqueuses, il s'agit de véritables ulcères plans à bords inflammatoires isolés ou plus souvent multiples, de taille variable de quelques millimètres à 1 ou 2 centimètres de diamètre. La distinction entre ces deux types de lésions planes est bien faite par ROESCH (191).

- 2 fois l'hémorragie était tarie au moment de l'examen : l'aspect de la muqueuse oedématisée, congestive restait à la limite de l'exsudation. Le diagnostic plus délicat dans ces deux cas a été assez bien confirmé par une biopsie révélant des altérations vasculaires sous forme de vasodilatation intense (GADRAT) : observations n° 97, 98.

- enfin 2 ulcérations aiguës isolées ont été regroupées dans ce cadre (observations n° 91, 95).

3) Pronostic

Les gastrites hémorragiques ont une réputation de bénignité. Néanmoins :

- elles peuvent se traduire par une hémorragie grave (EDELMANN : 14,4 % des hémorragies graves). 20 de nos observations entrent dans ce cadre ;

- par ailleurs, elles peuvent récidiver et poser alors de graves problèmes de conduite à tenir. Nous notons ;

- . 3 récurrences sévères ayant cependant pu bénéficier d'un traitement médical sous surveillance stricte ;
- . 2 malades ont été opérés :
 - * l'un a subi une gastrectomie des 2/3 car les ulcérations étaient limitées à la région du fundus. Une hémorragie sur la tranche de suture, puis une éviscération suivie de septicémie ont précédé le décès ;
 - * l'autre malade qui présentait, dans les suites d'une intervention colique avec I. S. R. A. post-opératoire, des hémorragies diffuses oeso-gastro-duodénales est décédé par reprise hémorragique malgré une vagotomie.

Les gastrites érosives nous semblent avoir le plus mauvais pronostic.

G A S T R I T E S H E M O R R A G I Q U E S

Fig. 1 : Suffusion hémorragique diffuse sans ulcération au cours d'une hypertension portale. Le relief muqueux d'allure cérébroïde est normalement accusé sur la grande courbure.

Fig. 2 : Ponctuations hémorragiques disséminées sur l'ensemble de l'estomac (gastrite hémorragique primitive).

Fig. 3 : Même aspect chez un autre malade quelques heures après l'hémorragie : les ponctuations apparaissent brunâtres (gastrite hémorragique après intervention neuro-chirurgicale).

G A S T R I T E S H E M O R R A G I Q U E S

Fig. 1, 2, 3 : Divers aspects lésionnels chez la même malade après prise médicamenteuse :

- collection sanguine sous-muqueuse (fig. 1)
- érosion muqueuse (fig. 2)
- ponctuations hémorragiques recouvrant de discrètes ulcérations (fig. 3).

G A S T R I T E S H E M O R R A G I Q U E S

Fig. 1 : Caillots de dépôts sur la paroi gastrique au cours d'une gastrite hémorragique. Le lavage dirigé de ces caillots sous endoscopie et leur décollement par la brosse de cytologie découvrent une muqueuse sous-jacente normale. Par ailleurs ponctuations hémorragiques diffuses.

Fig. 2 : Chez un autre malade, les manoeuvres précédentes mettent à nu des ulcérations à "l'emporte pièce" rose vif de 2 à 10 mm de diamètre dans la région antrale. La fig. 2 montre une de ces érosions superficielles.

GASTRITES HÉMORRAGIQUES

(formes érosives)

Fig. 1 : Gastrite érosive. Plusieurs ulcérations planes sont retrouvées au sein d'une muqueuse atrophique. L'ulcération à fond fibrino-nécrotique blanc verdâtre sur le cliché est localisée sur la face antérieure de l'estomac

Fig. 2 : Gastrite érosive après prise d'une association d'anti-inflammatoires. Présence de larges ulcères plans. L'endoscopiste comptera chez cette patiente 6 ulcérations de ce type de diamètre variable. Il existe par ailleurs un ulcère chronique de la petite courbure (confirmation opératoire).

Fig. 3 : Pièce opératoire d'une gastrite érosive localisée au fundus, ayant nécessité une gastrectomie des 2/3 d'urgence. Il existe, sur la grande courbure, une gastrite mamelonnée avec plusieurs ulcérations apparentes sous les caillots.

U L C E R E S A I G U S

Ulcères aigus après importante prise d'aspirine chez un gastrectomisé ancien pour ulcère.

Fig. 1 : Les clichés radiologiques en couche mince révèlent constamment deux images de surimprégnation barytée sur le versant intestinal de la bouche d'anastomose. Devant cet aspect inhabituel, le contrôle endoscopique visualise à cet endroit précis deux ulcères aigus très creusants séparés de quelques millimètres. Disparition de l'image radiologique après traitement.

III - L E S V A R I C E S O E S O P H A G I E N N E S

Le diagnostic de rupture de varices oesophagiennes a été porté 28 fois dans notre travail.

OBSERVATION	NOM	SEXE	AGE	CLINIQUE	GRAVITE	ENDOSCOPIE
						Diagnostic
00	SAV	F	65	Cirrhose méditerranéenne connue H 26.9.71	+	
01	CAI	M	60	Cirrhose connue, H 15.11.71	+++	Varices oesophagiennes ++++ hémorragiques
02	MIL	M	52	Ethylisme, H. T. P., H 31.1.72	++	Varices oesophagiennes ++++
03	AMI	M	67	Cirrhose connue, H 8.1.72	+	Varices oesophagiennes +++ hémorragiques
04	GER	F	52	Ethylisme, cirrhose connue, H. T. P. H 16.1.72	++	Varices oesophagiennes hémorragiques
05	ROM	M	48	Ethylisme, hépatomégalie, H 18.1.72	++	Varices oesophagiennes hémorragiques
06	GUI	M	71	Cirrhose connue, H 8.2.72	++	Varices oesophagiennes, 2 ulcérations ne saignant pas
07	PAS	F	58	Cirrhose décompensée, H 10.2.72	++	Varices oesophagiennes, estomac RAS
08	LIP	F	55	Cirrhose connue	++	Varices oesophagiennes ++++, oesophagite
09	REY	F	58	Ethylisme, H 21.2.72	++	Varices oesophagiennes ++, oesophagite
10	GER	M	59	RAS. Taux de prothrombine 60 % H 16.3.72	++	Varices oesophagiennes +++
11	AND	M	50	Ethylisme, H 21.3.72	++	Varices oesophagiennes ++++, gastrite congestive
12	ROC	M	60	H. T. P., H 24.3.72	++	Varices oesophagiennes ++++, oesophagite
13	TIM	M	58	Cirrhose connue, H 27.3.72	++	Varices oesophagiennes ++++ hémorragiques
14	CIA	M	52	Ethylisme, cirrhose connue, H 10.4.72	++	Varices ++++ hémorragiques
15	BRO	F	57	Ethylisme, hépatomégalie, H 10.4.72	++	Varices oesophagiennes ++, oesophagite
16	BER	M	47	Ethylisme, hépatomégalie, H 16.4.72	++	Varices oesophagiennes +++ hémorragiques
17	COL	M	38	Cirrhose connue, H 17.4.72	++	Varices oesophagiennes +++ hémorragiques
18	PON	M	48	Cirrhose, H. T. P., H 28.4.72	++	Varices oesophagiennes +++ hémorragiques, oesophagite

LAVAGE GASTRIQUE	RADIOLOGIE	Tolérance	EVOLUTION	VERIFICATION
	Diagnostic			
-	Varices oesophagiennes +++, splénoportographie pré-opératoire	B	Int.(Dr Bonneton) : splénectomie ; favorable	Op.
-		-	Blackemore inefficace, décès	Anat.
-	Varices oesophagiennes, pas de lésion gastro-duodénale	B	Favorable	
-		-	Blackemore inefficace, décès par coma	Anat.
-		-	Coma, décès	
-		-	Coma, décès	Anat.
-	Varices	D	Récidive, décès	Anat.
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	
-	Varices	B	Favorable	
L	Varices	B	Favorable	
L	Varices	B	Blackemore inefficace, décompensation, décès	Anat.
-	Varices	B	Récidive, décès	N. V.
-	Varices oesophagiennes, artériographie pré-opératoire	B	Dérivation porto-cave (Dr Bonneton), favorable	Op.
L	Varices oesophagiennes	B	Récidive, Blackemore inefficace, décès	Anat.
L	Varices	B	Récidive, Blackemore efficace favorable	
-	Hernie hiatale	B	Favorable	
-		-	Blackemore efficace, favorable	
-	Varices oesophagiennes	B	Récidive, shunt ombilico-saphène(Dr Bonneton), favorable	
-		-	Décompensation, décès	Op.

OBSERVATION	NOM	SEXE	AGE	C L I N I Q U E	GRAVITE	ENDOSCOPIE
						Diagnostic
119	REY	F	58	Ethylisme, cirrhose connue, H 1.5.72	+	Varices oesophagiennes +++ hémorragiques
120	CAR	M	40	Ethylisme, cirrhose connue, H 9.5.72	++	Varices oesophagiennes +++, oesophagite
121	MON	M	59	Ethylisme, ulcère connu, H 30.5.72	++	Varices oesophagiennes +++++ hémorragiques
122	DAG	M	54	Cirrhose connue, ulcère du bulbe (GEA en 1968), H 4.6.72	++	Varices oesophagiennes inflammatoires non hémorragiques, estomac : RAS
123	JEA	M	75	Cirrhose connue, ulcère ? H 5.6.72	++	Varices oesophagiennes +++++ hémorragiques
124	GRE	M	61	Ethylisme, hépatomégalie, H 13.6.72	++	Varices oesophagiennes +++++ hémorragiques
125	VIN	M	54	Ethylisme, H. T. P., H 16.6.72	++	Varices oesophagiennes +++ hémorragiques
126	DUR	M	67	Cirrhose connue, ulcère connu	+++	
127	RAI	M	59	Ethylisme, hépatomégalie, H 25.7.72	++	Varices oesophagiennes +++

TABLEAU N° 11

LAVAGE GASTRIQUE	RADIOLOGIE	Tolérance	EVOLUTION	VERIFICATION
	Diagnostic			
-		-	Favorable	
L		-	Blackemore efficace, décompensation	
L		-	Blackemore efficace, coma, décès	N. V.
-	Varices oesophagiennes, déformation du bulbe	D	Blackemore efficace, favorable	
L		-	Récidive, Blackemore inefficace, décès	
L		-	Blackemore efficace, coma, décès	
L		-	Blackemore inefficace, coma, décès	N. V.
-	Varices oesophagiennes, artériographie négative	B	Blackemore inefficace, décès	Anat.
-	Varices oesophagiennes	B	Favorable	

1) Etiologie

Circonstances de découverte :

- tous les malades de ce groupe sont porteurs d'une hypertension portale par bloc intra-hépatique (23 cirrhoses éthyliques, 1 cirrhose post-hépatitique, 4 cirrhoses cryptogénétiques) ;

- l'accident hémorragique ne s'exprime pas de façon univoque :

. 9 fois, il est révélateur de l'affection (tous ces malades ne présentant pas de signes d'hypertension portale cliniques évidents au moment de l'hémorragie) ;

. 19 fois, il survient au cours d'une cirrhose connue ou dans le contexte d'un tableau de décompensation.

2) Diagnostic

Longtemps la radiologie a été la méthode la plus importante pour la recherche de varices oeso-gastriques. L'endoscopie oeso-gastrique qui, pour beaucoup, était une contre-indication n'avait guère de crédit qu'aux U. S. A. grâce en particulier aux publications de KIRSCH (120), CONN (38) (39), FRIEDBERG (78). LIEBOWITZ affirmait qu'une blessure de varices oesophagiennes ne provoquait pas d'hémorragie grave puisque seul un facteur hémodynamique pouvait provoquer un accident sévère. DEBRAY, par contre, reconnaissait 3 accidents hémorragiques avec les gastroscopes semi-flexibles. Actuellement, grâce aux fibroscopes peu traumatisants, l'endoscopie oesophagienne peut être considérée comme un moyen d'investigation essentiel pour la mise en évidence de varices et surtout pour affirmer la source de l'hémorragie.

Valeur des divers modes d'exploration

Les diagnostics ont été établis :

- par le transit effectué seul.....	2 fois
- par l'endoscopie effectuée seule.....	18 fois
- par les deux explorations.....	14 fois
. concordance.....	12 fois
. discordance.....	2 fois

Après découverte de l'existence de varices par l'une des méthodes, le diagnostic de varices a été retenu comme source du saignement :

- si l'hémorragie est visualisée en endoscopie ;
- dans le cas contraire, par élimination, si l'endoscopie et le transit gastro-duodéal ne révèlent pas d'autre lésion.

a) le transit gastro-duodéal

La fréquence de la mise en évidence des varices oesophagiennes par l'examen baryté est diversement appréciée : BROMBART : 60 %, DAGRADI : 60 %, FAUVERT : 64 %, KIRSCH : 90 %, MOHARHAR : 93 %. EVANS (72) les découvre 38 fois sur 45 en comprenant les résultats de l'ingestion barytée et la splénoportographie. En fait, les chiffres varient avec la technique de recherche surtout avec l'exploration de référence (endoscopie, exploration vasculaire, constatation anatomique).

En urgence, l'exploration barytée se heurte à deux problèmes :

- possibilité de collapsus vasculaire hémorragique des varices qui rend plus difficile leur diagnostic - DEBRAY (54) - ;
- nécessité de mettre en évidence des varices de petite taille.

L'expérience de BAKER (7) révèle bien cet impératif : sur 33 malades dont les varices saignent :

- 13 sont porteurs de petites varices ;
- 9 sont porteurs de varices de taille modérée ;
- 11 sont porteurs de varices de grande taille.

Ainsi l'exploration barytée est-elle assez souvent en défaut : pour DAGRADI (50), sur 121 malades :

- le transit révèle des varices dans 61 % des cas, mais seulement 41 % de ce groupe saignent de leurs varices ;
- 39 % des varices ne sont pas visibles et parmi ce groupe, 40 % sont responsables de l'accident.

Ceci pose le double problème :

- de l'insuffisance du dépistage (environ 20 à 40 % des cas) ;
- de l'incapacité de l'exploration radiologique standard à déterminer la lésion qui saigne.

Néanmoins, la recherche de varices par le transit gastro-duodénal à l'aide d'une technique correcte garde l'avantage d'être simple et très facilement réalisable. Sur 28 hémorragies par rupture de varices, 16 examens ont été exécutés en urgence : le diagnostic a pu être affirmé 14 fois. Dans 2 cas seulement l'endoscopie a révélé des varices non décelées par cet examen et responsables de l'accident.

b) l'exploration endoscopique

Le diagnostic endoscopique se pose dans 2 conditions :

1er cas : les varices sont vues au cours de l'hémorragie : ceci nécessite une endoscopie précoce ; si la tendance à la persistance de l'hémorragie dans cet accident rend assez fréquent ce diagnostic (17 fois dans notre travail), le point de rupture est souvent punctiforme et bas situé, comme l'a bien montré ORLOFF (176), ne laissant très rapidement aucun signe indirect en faveur d'une hémorragie récente.

Lorsqu'elles sont positives, ces constatations ont l'incomparable valeur d'affirmer la source de l'hémorragie : problème particulièrement aigu chez le cirrhotique sur lequel nous reviendrons.

2ème cas : l'hémorragie est tarie au moment de l'examen :

- certes, le diagnostic reste le plus souvent aisé. L'aspect endoscopique des varices est aujourd'hui bien connu, sous forme de cordons bleutés ou rosés, fusiformes ou monoliformes, remontant plus ou moins haut dans la lumière oesophagienne et prenant parfois un aspect pseudo-tumoral. DAGRADI les classe en 4 stades évolutifs en tenant compte qu'au cours de leur "histoire naturelle", les varices augmentent à la fois en taille et en hauteur, les plus volumineuses restant le plus près de la jonction oeso-

- certaines difficultés ont été signalées :

- . confusion possible avec de gros plis d'oesophagite : remarque qui prend tout son intérêt quand on connaît la fréquence de l'oesophagite associée chez le cirrhotique et que POLISH (184) estime à 40 %. Pour notre part, nous utilisons sous endoscopie une palpation douce avec une pince à biopsie fermée qui révèle la souplesse particulière de la varice. Ce procédé est également recommandé par DEBRAY (54).
- . CONN (39) a également noté la mauvaise vision des couleurs bleues, couleur normale des varices, distorsion lumineuse liée au système optique des fibroscopes.
- . par ailleurs, l'insufflation peut elle-même effacer la saillie de petits cordons veineux et masquer leur existence. HEUILLY recommande une insufflation très modérée.

- certains auteurs emploient des artifices assez simples, souvent utilisables en urgence (inspiration profonde, Valsalva) pour faire saillir de petites varices sous la muqueuse.

En pratique : pour ne pas prolonger l'examen, s'il existe un doute sur l'existence de petites varices, nous réalisons au préalable une exploration de la cavité gastrique à la recherche d'une lésion responsable de l'hémorragie. Si cette exploration est négative et si l'état du malade le permet, une exploration secondaire plus fine de l'oesophage est réalisée.

Pour CONN, le diagnostic des varices oesophagiennes en endoscopie est possible dans 90 % des cas et dans 97 % pour DAGRADI sur 121 malades.

c) les explorations vasculaires

Le recours à ce type d'exploration ne s'est pas avéré nécessaire au cours de notre étude pour affirmer l'existence d'une hypertension portale.

3) Pronostic

La gravité de cette complication au cours d'une hypertension portale, particulièrement chez le cirrhotique, est trop connue pour que l'on insiste.

La possibilité d'un diagnostic précis doit cependant conduire à un traitement plus logique de cet accident redoutable. A ce titre, l'usage élargi de l'endoscopie précoce doit également diminuer la place du test diagnostique et thérapeutique par sonde de Blackemore inconfortable et de valeur incertaine. Nous partageons en cela l'opinion de LAGACHE (127) car, dans 5 de nos observations, ce test a été pris en défaut laissant évoluer trop longtemps un ulcère hémorragique. Chez nos malades, l'évolution a été la suivante :

- 6 arrêts spontanés ;
 - 6 arrêts par la mise en place d'une sonde de Blackemore ;
 - 2 succès de la chirurgie de dérivation d'urgence ;
 - 14 décès par reprise hémorragique ou décompensation hépatique terminale (50 % des cas).
-

VARICES OESOPHAGIENNES

Fig. 1 et 2 : Ruptures de varices oesophagiennes saisies au moment même de l'hémorragie au niveau du bas-oesophage.

Fig. 2 : Varices oesophagiennes. Un petit caillot reste accolé à la paroi dans la portion juxta-cardiale probablement au point de rupture d'une varice. Cette image est fugace et il est rare de l'obtenir si l'endoscopie n'est pas très précoce : quelques heures après l'accident, il n'existe généralement plus aucun signe en faveur d'une hémostase récente.

VARICES OESOPHAGIENNES

Fig. 1 : Volumineuses varices oesophagiennes ++++ remontant très haut dans la lumière oesophagienne. Aucun signe en faveur d'une hémorragie récente n'est obtenu environ 6 heures après une hématémèse. Les explorations endoscopique et radiologique ne décèleront aucune autre lésion.

IV - LES HERNIES HIATALES

Les hernies hiatales, affection fréquente, se compliquent classiquement assez rarement d'hémorragie aiguë. Leur découverte au cours d'une hémorragie digestive fait hésiter à leur attribuer la responsabilité de l'accident et conduit toujours à rechercher une lésion associée.

Sur 34 sujets atteints de hernie hiatale ou d'oesophagite par reflux, nous avons noté 11 cas (32,3 %) pour lesquels ces lésions étaient la source unique de l'hémorragie. Cette proportion est sensiblement analogue à celle trouvée par MINICONI (154). Cet auteur qui a particulièrement insisté sur la fréquence des lésions de la région oeso-cardiale trouve 15 hernies hiatales à l'origine de l'hémorragie chez 51 malades porteurs de cette lésion et fibroscopés en urgence au cours d'une hémorragie digestive.

OBSERVATION	NOM	SEXE	AGE	CLINIQUE	GRAVITE	ENDOSCOPIE
						Diagnostic
128	PER	M	52	Anti-coagulants, hernie hiatale et oesophagite connues, H 18.10.71	+	Oesophagite ulcérée hémorragique
129	PLA	M	77	RAS, H 5.11.71	++	Oesophagite hémorragique, hernie hiatale, gastrite atrophique
130	MAR	F	69	Hernie hiatale connue, H 15.11.71	+	Oesophagite congestive et pseudo-membraneuse
131	BRI	M	82	Dysphagie, H 13.12.71	++	
132	CAR	M	40	Cirrhose connue, H 13.1.72	++	Oesophagite avec 2 ulcérations nécrotiques ; varices ?
133	SEM	M	45	Cirrhose ; oesophagite connue, H 15.1.72	++	Oesophagite ulcérée hémorragique + petites varices
134	CHO	M	50	Intervention de Sweet en 1971 (néo de l'oesophage) ; anti-coagulants, H 20.1.72	+	Oesophagite hémorragique, ulcération sur fil de suture
135	REV	F	85	Douleurs épigastriques, H 2.2.72	++	Oesophagite ulcérée
136	SOU	F	49	Hernie hiatale connue, aspirine, H 28.2.72	+	Oesophagite congestive et hémorragique, gastrite congestive
137	GAC	M	72	Cholécystectomie, hémorragie post-opératoire au 8e jour le 1.3.72	++	Oesophagite hémorragique et ulcérée
138	SAR	F	68	Cholécystectomie, hémorragie post-opératoire au 10e jour le 12.6.72	+	Oesophagite hémorragique, ulcération du collet

T O E S O P H A G I T E

LAVAGE GASTRIQUE	R A D I O L O G I E		EVOLUTION	VERIFICATION
	Diagnostic	Tolérance		
-	Oesophagite peptique, ulcération possible	B	Favorable	-
-	Hernie hiatale, pas de lésion gastro-duodénale	D	Favorable, pas de lésion sous-jacente	-
-	Hernie hiatale avec reflux, pas de lésion gastro-duodénale	B	Favorable	-
-	Sténose ulcérée du bas-oesophage, oesophagite de cancer ?	D	Récidive, décès	Anat.
-	Hernie hiatale avec reflux, varices ?	B	Récidive, évolution favorable(ttt médical)	-
-	Varices ? hernie hiatale avec reflux	B	Favorable	-
-		-	Favorable	-
-	Sténose probablement ulcérée du bas-oesophage	B	Favorable	-
-	Reflux gastro-oesophagien	B	Favorable	-
L		-	Favorable	-
-	Volumineuse hernie hiatale avec reflux	B	Favorable	

1) Etiologie

Les circonstances étiologiques sont assez diverses et expliquent la fréquence de cette lésion dans nos résultats :

- 2 accidents sous anti-coagulants (dont l'un sur oesophagite après intervention de Sweet pour cancer de l'oesophage) ;

- 2 accidents chez des cirrhotiques porteurs de varices oesophagiennes. Si certains auteurs tels que POLISH (184) et CHILES (34) ont attribué à l'oesophagite un rôle de facteur déclenchant dans la rupture de varices, il semble bien néanmoins, dans nos deux observations, que l'oesophagite ait été le facteur le plus important. Si la place de ces deux observations dans cette rubrique peut paraître discutable, l'option thérapeutique imposée par notre diagnostic nous paraît cependant la justifier : en effet, dans un cas en particulier, devant l'existence d'une ulcération nécrotique, nous nous sommes abstenus de toute tentative de compression par sonde de Blackmore. Nous admettons néanmoins volontiers que l'érosion et même l'ulcération trouvent des circonstances favorables dans les processus de stase vasculaire de l'hypertension portale et dans les altérations muqueuses liées à l'éthylisme chronique ;

- 2 accidents post-opératoires après cholécystectomie pour lithiase biliaire (ces 2 cas confirment bien l'opportunité d'une cure de la hernie au cours d'une intervention sur les voies biliaires) ;

- 1 accident probablement déclenché par une prise importante d'aspirine.

Au total : 4 fois seulement la hernie hiatale saigne isolément et sans facteur déclenchant particulier. Dans 2 de ces cas, il s'agit d'une oesophagite franchement ulcérée à l'origine d'une symptomatologie dysphagique nette.

2) Diagnostic

- sur 9 examens pratiqués, 8 fois le transit baryté met en évidence une hernie hiatale avec reflux. Dans un cas, seul un reflux gastro-oesophagien est décelable. Chez 2 malades, une oesophagite sténosante typique avec ulcération est observée.

.../...

- l'endoscopie est pratiquée 10 fois :

. 8 fois il existe des signes hémorragiques plus ou moins importants au moment de l'exploration qui nous permettent d'affirmer de façon indiscutable le diagnostic ;

. 2 fois une oesophagite importante très fragile au contact du tube est la seule lésion découverte à la fois en endoscopie et en radiologie.

- le mécanisme de l'hémorragie a été le suivant :

- . oesophagite ulcéreuse et hémorragique : 6 cas ;
- . oesophagite saignant en nappe (lésion congestive et pseudo-membraneuse) : 4 cas ;
- . oesophagite saignant en nappe + ulcération du collet : 1 cas.

Nous n'avons pas observé, comme le signalent DEBRAY et MINICONI, de gastrite hémorragique de la poche herniaire.

3) Pronostic

L'évolution a toujours été rapidement satisfaisante. Bien que nous comptions 6 hémorragies graves, aucune n'a fait réellement redouter un risque vital par sa persistance.

HERNIES HIATALES
OESOPHAGITES HÉMORRAGIQUES
APPORT DE L'ENDOSCOPIE

Fig. 1 : Importante oesophagite à gros plis avec ulcérations longitudinales à bords irréguliers rouge vif et à fond recouvert de débris fibrino-nécrotiques. Certaines zones sont franchement hémorragiques (hémorragie sous anti-coagulants).

Fig. 2 : Chez le même malade, il existe, en radiologie, un élargissement du plissement muqueux associé à une petite hernie hiatale. Cet aspect peut faire discuter des varices oesophagiennes.

Fig. 3 : Oesophagite à gros plis au cours d'une hémorragie très diffuse oesogastro-duodénale. Le diagnostic peut ici se poser, surtout en cours d'hémorragie, avec des varices oesophagiennes. (Vérification opératoire)

H E R N I E S H I A T A L E S

O E S O P H A G I T E S H E M O R R A G I Q U E S

A P P O R T D E L ' E N D O S C O P I E

Fig. 1 : Hémorragie post-opératoire (8ème jour) après intervention pour lithiase biliaire. Oesophagite peptique hémorragique avec volumineuse hernie hiatale.

Fig. 2 : Oesophagite ulcérée chez un cirrhotique avec hypertension portale. Une ulcération d'environ 2 cm x 1 cm, d'allure nécrotique, est visible au sein de l'oesophagite, à 34 cm des arcades dentaires.

H E R N I E S H I A T A L E S

O E S O P H A G I T E S H E M O R R A G I Q U E S

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Fig. 1 : Sténose du bas-oesophage avec image de niche assez évocatrice d'une oesophagite peptique ulcérée (confirmation anatomique).

Fig. 2 : Autre aspect moins caractéristique d'oesophagite ulcérée (confirmation endoscopique).

V - LES TUMEURS

Huit tumeurs malignes et une tumeur bénigne ont été observées
(5,7 % des cas).

OBSERVATION	NOM	SEXE	AGE	CLINIQUE	GRAVITE	ENDOSCOPIE
						Diagnostic
139	REV	M	69	Ethylisme, douleurs épigastriques, H 19.11.70	++	Tumeur ulcérée : schwannome ou tumeur myoïde ?
140	GIE	F	32	Baisse de l'état général, vomissements	++	Pas de lésion décelable
141	FAL	M	39	Ethylisme , H. T. P., H 30.9.71	++	
142	MEH	M	70	RAS, H 29.10.71	+	Ulcération de la GC, aspect malin
143	MAR	F	87	Dyspepsie, H 15.12.71	++	Infiltration néoplasique sous-cardiale : biopsie
144	JOU	M	71	Ethylisme, hépatomégalie, dysphagie, anti-coagulants, H 11.1.72	+	Ulcération 1/3 supérieur de l'oesophage ; néoplasme ? Biopsie
145	REG	M	75	Ethylisme, H 18.1.72	++	Ulcération sous-cardiale à bords irréguliers, hémorragique
146	ROS	M	75	Baisse de l'état général, cachexie, H 16.6.72	+	
147	MOR	F	75	Amputation rectale pour cancer en 1967, H 17.6.72	+	Ulcération plane face antérieure de l'antre

M E U R S

LAVAGE GASTRIQUE	RADIOLOGIE		EVOLUTION	VERIFICATION
	Diagnostic	Tolérance		
-	Lacune antrale ulcérée : schwannome ?	B	Int.(Dr LEVY) : gastrectomie 2/3, guérison	Op.
-	Sténose ulcérée de D3, tumeur ulcérée très probable	B	Int.(Pr CHAMPETIER) : duodéno-pancréatectomie céphalique, évolution favorable	Op.
-	Varices oesophagiennes, ulcération très importante face post. de l'estomac	B	Int. (Pr BOUCHET) : dérivation cancer gastrique	Op.
-	Ulcération très probable grande courbure haute	B	?	-
-	Lacune ulcérée, cancer gastrique probable	D	Récidive, décès	-
-	Sténose 1/3 supérieur oesophage suspecte ;estomac normal	B	Arrêt de l'hémorragie, ttt : cobalt	-
-	Ulcération probable de la PC sous-cardiale	B	2ème récidence, (Pr LATREILLE) : int. décès	Op.
-	Enorme lacune marécageuse antrale	B	Int. : dérivation	Op.
-	Pas de lésions décelables	B	Histologie : épithélioma différencié. Gutmann I	Op.

1) Etiologie

Le groupe des tumeurs malignes est hétérogène ; ces tumeurs sont révélées par l'hémorragie à un degré variable de leur évolution :

- 6 épithélioma gastriques : 4 sont diagnostiqués à un stade évolué ; 2 cas relèvent par contre d'un dépistage précoce sous forme d'une petite ulcération plane sans envahissement histologique de la musculuse chez un malade ;

- 1 épithélioma oesophagien découvert à la suite d'une hémorragie sous anti-coagulants alors que le malade présentait encore une dysphagie minime (le bilan ultérieur affirmera en fait un envahissement trachéal) ;

- 1 épithélioma du 3ème duodénum.

La mise en évidence d'un volumineux schwannome gastrique, tumeur fréquemment hémorragique, constitue la seule observation de tumeur bénigne rencontrée.

2) Diagnostic

La corrélation radio-endoscopique a toujours été satisfaisante sauf en 2 cas :

- observation n° 140 : mise en évidence par le transit gastro-duodéal d'une sténose ulcérée et marécageuse du 3ème duodénum. Cette observation souligne la valeur d'une étude barytée soigneuse de l'anneau duodéal inaccessible, sauf dans sa portion proximale, à l'endoscopie d'urgence ;

- observation n° 147 : découverte à l'endoscopie d'une ulcération plane de la face antérieure gastrique dont la biopsie secondairement pratiquée suspectera la nature néoplasique. Cette ulcération ne pouvait être décelée par l'examen radiologique.

3) Pronostic

La survenue d'une hémorragie digestive au cours d'un néoplasme gastrique est le plus souvent le fait de tumeurs évoluées ; il en est ainsi chez la plupart de nos malades. Nous soulignons cependant l'intérêt des observations où le dépistage précoce, grâce à un accident hémorragique, devrait permettre une chirurgie d'exérèse satisfaisante.

T U M E U R S M A L I G N E S G A S T R I Q U E S

Fig. 1 : Lacune ulcérée de la région sous-cardiale en faveur d'une lésion néoplasique lors de l'examen baryté.

Fig. 2 : Même malade : tumeur ulcérée sous-cardiale confirmée en endoscopie.

T U M E U R M A L I G N E D U O D E N A L E

Fig. 1 : Sténose irrégulière et ulcérée très suspecte du 3ème duodénum au transit gastro-duodéal.

Fig. 2 : L'examen anatomo-pathologique (Docteur FAURE) après gastro-duodéno-pancréatectomie céphalique authentifie un carcinome duodéal.

TUMEUR BENIGNE DE L'ESTOMAC

Fig. 1 : Aspect radiologique : volumineuse lacune antrale régulière avec image en cocarde évocatrice d'une tumeur ulcérée. Schwannome ?

Fig. 2 : L'image endoscopique évoque également la possibilité d'un schwannome ou d'une tumeur myoïde de l'estomac.

Fig. 3 : L'hypothèse radiologique et endoscopique est précisée par l'examen anatomo-pathologique de la pièce de gastrectomie (Professeur COUDERC) : schwannome sans signe de dégénérescence.

VI - LESIONS DIVERSES

Dans notre travail, ce chapitre regroupe 3 hémorragies post-gastrectomie (cf. tableau n° 14, p 76).

Parmi ces observations :

- 2 cas illustrent le problème des hémorragies post-opératoires précoces avec :

- . une hémorragie sur la tranche anastomotique. HOLLENDER (100) affirme cette étiologie comme étant la plus fréquente des hémorragies précoces post-gastrectomie (26 fois sur 37, soit 72,9 % des cas) ;
- . une oesophago-gastrite précoce et récidivante.

- parmi les accidents tardifs, nous n'avons jamais rencontré d'hémorragie liée à un ulcère anastomotique. L'observation que nous rapportons relève d'un mécanisme moins fréquent lié à l'existence d'un fil non résorbable.

On sait en effet que chez les gastrectomisés, la présence de corps étrangers constitués par ces fils est responsable de petits foyers de suppuration, eux-mêmes à l'origine de gastrite parfois hémorragique. Chez notre malade, l'hémorragie est liée à une érosion située à la base du fil, confirmant ainsi l'hypothèse émise depuis longtemps par MOUTIER : cet accident a été à l'origine d'une hémorragie grave ne nécessitant pas cependant d'hémostase chirurgicale.

VII - LESIONS INCONNUES

Cinq observations sont restées sans diagnostic, soit 3,2 % (cf. tableau n° 14, p 76).

Parmi ces observations :

- 3 malades ont bénéficié d'une exploration endoscopique

et radiologique dans de bonnes conditions, sans que l'un ou l'autre de ces examens ait pu établir un diagnostic formel ;

- 1 malade a fait l'objet d'une intervention exploratrice négative à la suite de récurrence hémorragique alors que le transit oeso-gastro-duodénal ne montrait aucune lésion décelable. Pour des raisons techniques, (appareil à vision directe en réparation), l'endoscopie n'a pu être envisagée chez ce malade ;
- 1 malade âgé dont l'examen radiologique paraissait normal n'a pas subi d'endoscopie (refus).

Le faible pourcentage d'hémorragies d'origine inconnue dans ce travail confirme les statistiques les plus récentes qui voient le nombre d'hémorragies hautes "cryptogénétiques" se raréfier considérablement (3 à 5 % des cas).

L E S I O N S

OBSERVATION	NOM	SEXE	AGE	C L I N I Q U E	GRAVITE	ENDOSCOPIE
						Diagnostic
148	VIL	H	54	Hémorragie post-opératoire après gastrectomie 2/3 type PF (cf. observation n° 152) au 5 ^e jour, le 29.11.71	++	Oesophagite hémorragique ++, gastrite hémorragique du moignon
149	SIL	H	42	Gastrectomie des 2/3 type Polya en 70 pour ulcère du bulbe, H 4.1.72	++	Ulcération hémorragique sur un fil de suture
150	CES	H	42	H. post-opératoire au 2 ^e jour après gastrectomie 2/3 type PF pour gastrite hémorragique localisée (cf. observation n° 92)	++	Hémorragie sur la tranche de suture

L E S I O N S

151	ART	F	86	Syndrome ulcéreux, H 4.11.72	++	Refusée
152	VIL	H	54	Hernie hiatale, pneumectomie en 70 (kyste aérien géant du poumon droit) Douleurs épigastriques, H 24.11.71	++	
153	LAF	H	47	Antécédents d'ulcère du bulbe incertain, H 8.12.71	++	Inflammation pylorique, estomac normal
154	FER	H	47	Ethylisme, syndrome ulcéreux, H 12.12.71	++	Pylore déformé et inflammatoire très en faveur d'une lésion bulbair
155	GAV	F	66	Rhumatisme chronique ; Indocid, aspirine, H 20.5.72	++	Gastrite mamelonnée, oesophagite congestive, lésions non hémorragiques

I V E R S E S

LAVAGE GASTRIQUE	R A D I O L O G I E		EVOLUTION	VERIFICATION
	Diagnostic	Tolérance		
-		-	Péritonite par lâchage de suture, réint. Complications respiratoires, reprise H, décès	Anat.
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	-
-		-	Int. (Pr Latreille) : réfection de la suture ; arrêt de l'hémorragie, septicémie ; occlusion, décès	Op.

N C O N N U E S

-	"Estomac de type inflammatoire". Pas de lésion ulcéreuse décelable	B	Favorable	-
L	Pas de lésion décelable	D	Récidive, int. (Dr Mallard) ; possible petite ulcération bulbair, gastrectomie des 2/3, ulcération non retrouvée sur la pièce anatomique	Op.
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	-
-	Déformation antro-pylorique avec lacune de type tumoral sur la GC gastrique juxta-pylorique	B	Favorable, contrôle ultérieur endoscopique : gastrite à gros plis	
-	Pas de lésion décelable	B	Favorable	

D I V E R S - H E M O R R A G I E P O S T - G A S T R E C T O M I E

APPORT DE L'ENDOSCOPIE

Fig. 1 : Accident tardif après gastrectomie deux ans auparavant. Caillot sur une ulcération au pied d'un fil de suture non résorbé. La lésion est immédiatement sous-cardiale sur le bord antérieur de la petite courbure. La source exacte a pu être déterminée lors d'une première endoscopie qui n'a pu que localiser l'origine du saignement sans déterminer la lésion exacte (choc au Valium ayant fait interrompre provisoirement l'examen). Le cliché présenté a été tiré au cours d'une deuxième endoscopie quelques heures plus tard.

Fig. 2 et 3 : Hémorragie post-opératoire précoce (5ème jour) chez un malade ayant subi une gastrectomie des 2/3 type Polya-Finsterer pour suspicion d'ulcération duodénale hémorragique non retrouvée à l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

- fig. 2 : oesophagite hémorragique avec hernie hiatale ;
- fig. 3 : gastrite hémorragique avec nombreuses érosions muqueuses très rouges et diffuses sur l'ensemble du moignon gastrique.

VIII - LESIONS ASSOCIEES

Deux lésions susceptibles de provoquer une hémorragie digestive peuvent être rencontrées au cours du même accident. Cette éventualité s'est présentée 37 fois (25,1 % des cas) dans l'étude de nos 155 dossiers soit en radiologie, soit en endoscopie. L'intérêt de ce dernier examen est alors manifeste pour déterminer l'origine exacte du saignement.

L'analyse du tableau n° 15 résume nos observations (cf. p 78).

Le dépistage des associations lésionnelles (par la radiologie 13 fois et par l'endoscopie 24 fois) peut avoir un intérêt dans la conduite à tenir :

- il n'a guère influer sur les indications en ce qui concerne les associations d'ulcères gastro-duodénaux entre eux (2 cas) ;

- la découverte d'une oesophagite ou d'une hernie hiatale et d'une autre lésion n'a guère modifié notre attitude puisque, en dehors de 2 cas d'oesophagite associée à des varices, l'exploration a toujours conclu que la hernie hiatale n'était pas en cause. Dans une observation, elle a même été à la base d'une erreur de diagnostic de l'endoscopie qui retenait le diagnostic d'oesophagite hémorragique (observation n° 18) ; le transit gastro-duodéal affirmera l'existence d'un ulcère sous-cardial passé inaperçu ;

- par contre, la découverte d'une gastrite érosive sévère développée à côté d'une lésion hémorragique peut modifier l'orientation thérapeutique :

- . chez 2 malades, cette association à un ulcère gastro-duodéal nous a permis une temporisation sous traitement médical qui a été bénéfique malgré une récurrence ;
- . chez une malade, une reprise hémorragique grave ne nous a pas laissé cette possibilité.

- le problème de la coexistence de plusieurs lésions est particulièrement difficile chez le cirrhotique et conditionne souvent la thérapeutique - LATASTE (131) -.

LESIONS	LESION RESPONSABLE EN CAS D'ASSOCIATION							NOMBRE DEPISTE		ASSOCIEES
	Ulçère gastrique	Ulçère du bulbe	Gastrite	Varices	Hernie hiatale Oesophagite	Tumeurs	Divers			
Ulçère gastrique	-	1	-	-	-	-	-	24	23	1
Ulçère duodénal	1	-	1	2	-	-	-	49	45	4
Gastrite	4	1	-	1	1	-	-	42	35	7
Varices oesophagiennes	3	3	3	2	-	1	-	40	28	12
Hernie hiatale Oesophagite	3	2	3	5	-	-	1	26	11	15
Tumeurs	-	-	-	-	-	-	-	9	9	0
Divers	-	-	-	-	-	-	1	3	3	0
Inconnues	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0

TABLEAU N° 15

N. B. Nous n'avons retenu, parmi les gastrites associées, que le diagnostic de gastrite érosive, lésion la plus susceptible de saigner.

Les hémorragies au cours de l'hypertension portale

L'étude des observations de 42 de nos malades porteurs d'une hypertension portale (41 cirrhoses confirmées histologiquement et 1 hypertension portale secondaire à un cancer métastatique du foie) nous a permis 40 fois de dépister des varices oesophagiennes. Chez ces 42 patients, 28 fois les varices sont responsables de l'hémorragie (66,6 %). Dans 14 cas, une lésion autre que les varices est donc à l'origine de l'accident (8 ulcères gastro-duodénaux, 2 oesophagites, 3 gastrites hémorragiques, 1 cancer gastrique).

La répartition étiologique des hémorragies digestives du cirrhotique a fait l'objet de nombreuses publications. Si certaines statistiques autopsiques - OETTING (171) - attribuent à la rupture de varices oesophagiennes la responsabilité de 67 % des hémorragies, l'appréciation des endoscopistes, en particulier aux U. S. A., semble plus réservée comme en témoignent quelques travaux récents :

AUTEURS	Nombre de cas	Hémorragies par rupture de varices	Pourcentage
1960 MERIGAN	94	37	39,0 %
1964 BRICK, PALMER	585	266	45,0 %
1964 CONN	64	36	56,2 %
1968 MAC CRAY *	27	5	18,5 %
1970 DAGRADI	121	50	41,0 %
Observations personnelles	42	28	66,6 %

TABLEAU N° 16

*Mac CRAY ne retient le diagnostic de varices oesophagiennes que si l'endoscopiste constate l'hémorragie ; cette réserve explique certainement le pourcentage extrêmement bas rapporté par cet auteur.

Ces résultats mettent en relief la place étiologique importan-

.../...

te des gastrites hémorragiques (20 à 40 %) et des ulcères gastro-duodénaux chez ce type de malade. La relative fréquence des ulcères gastro-duodénaux chez les cirrhotiques est admise par tous et fait mesurer la gravité des conséquences que comporte la méconnaissance de ce type de lésion. LIPP (141) les découvre chez 1 418 cirrhotiques dans 3,2 % des cas. MARTEAU (149), dans sa thèse, dans 10 % des cas. La tendance hémorragique liée aux conditions locales de l'estomac au cours de l'hypertension portale caractérise cette entité particulière : pour MARTEAU, le cirrhotique ulcéreux saigne "deux fois plus que le cirrhotique sans ulcère et trois fois plus que l'ulcéreux sans cirrhose". Pour BESSOT (15), un cirrhotique sur trois qui saigne est porteur d'un ulcère gastro-duodéal.

La présence d'un ulcère doit donc à priori le faire tenir comme la source de l'hémorragie même en la présence de signes patents d'hypertension portale. La certitude peut venir de l'endoscopie - DAGRADI, CONN, BAIRD (6), ENQUIST (71), BONANNO (21) - ou de l'artériographie sélective qui semble trouver ici une de ses meilleures applications -WEILL et RICATTE, COODLEY (41) -. Sur ce dernier point, l'expérience de quatre découvertes d'ulcère hémorragique par artériographie chez le cirrhotique rapportée dans ce travail nous permet de confirmer la valeur de cette indication. La tendance angioterrébrante de ces ulcères du cirrhotique explique probablement la fréquence de leur révélation par l'angiographie.

VIII - LES HEMORRAGIES MEDICAMENTEUSES

L'agressivité des drogues anti-inflammatoires sur les muqueuses digestives, l'augmentation de leur consommation classent les hémorragies médicamenteuses parmi les grands chapitres de la pathologie iatrogène (BODIN et CONTE, CAMATTE). Notre rôle se bornera à rappeler l'importance de ce facteur étiologique et à rapporter le type de lésion rencontré.

M E D I C A M E N T S	L E S I O N S								
	Ulcères gastriques	Ulcères duodénaux	Gastrites	Varices oesophagiennes	Oesophagites	Tumeurs	Divers	Inconnues	TOTAL
SALICYLES	3	6	9	-	1	-	-	-	19
BUTAZOLIDINE	1	-	1	-	-	-	-	-	2
ANTI-INFLAMMATOIRES									
Indométacine	1	-	-	-	-	-	-	-	3
A. niflumique	-	1	-	-	-	-	-	-	
A. métiазinique	1	-	-	-	-	-	-	-	
CORTISONE	1	1	-	-	-	-	-	-	2
ANTI-COAGULANTS	2	-	-	-	2	1	-	-	5
ASSOCIATION									
A. C. + anti-inflammatoires	1	-	1	-	-	-	-	-	5
2 anti-inflammatoires	-	1	1	-	-	-	-	1	
T O T A L	10	9	12	0	3	1	0	1	

TABLEAU N° 17

1) Etiologie

Ainsi, dans 36 observations, une prise médicamenteuse a très probablement eu un rôle déterminant dans la survenue de l'accident hémorragique (23,2 %).

Parmi les accidents des anti-inflammatoires (29 cas, soit 18,7 %) :

les salicylés, sous diverses formes, occupent la plus grande place ; cette notion est bien connue en France depuis les travaux de LEVRAT. La responsabilité de l'aspirine mérite cependant d'être discutée en fonction de sa large consommation : nous avons d'ailleurs noté, dans de nombreux dossiers (non retenus), la fréquence de l'absorption de cette drogue APRES le début de l'hémorragie : ceci est remarquable dans certains ulcères du bulbe où l'hémorragie, non encore extériorisée sous forme de moeléna, est à l'origine d'un état lipothymique invitant le malade à la consommation du médicament.

Le diagnostic des gastrites à l'aspirine nécessite une endoscopie précoce car les altérations muqueuses qu'elle entraîne sont connues pour être labiles - WEISS (212), VICKERS (206) -. Une de nos hémorragies graves est restée sans diagnostic malgré un examen endoscopique dans les 24 heures, après absorption d'une association thérapeutique INDOMETACINE-ASPIRINE.

Les 5 hémorragies sous anti-coagulants ont toujours révélé une affection organique.

2) Diagnostic

On doit retenir le polymorphisme des lésions observées. Outre la possibilité de réactivation ou de révélation d'affections préexistantes (ulcères gastro-duodénaux, oesophagite, tumeur), l'aspect même des altérations de la paroi gastrique créées par le médicament est variable comme l'avaient déjà décrit LEVRAT et LAMBERT.

Si ces altérations restent souvent superficielles (5 cas) sous forme de discrètes érosions muqueuses diffuses ou, plus rarement, de gastrite congestive (2 cas), il n'est pas exceptionnel de découvrir de véri-

tables ulcérations larges et creusantes (4 cas) à fond blanchâtre fibrineux voire même nécrotique. Chez un malade, l'hémorragie était provoquée par deux petits ulcères aigus. Ces aspects franchement ulcérés sont à l'origine d'accidents plus sévères (observations n° 17, 70, 86, 88).

3) Pronostic

Le pronostic de ces hémorragies est en règle favorable avec l'arrêt du traitement. Nous avons cependant déploré une évolution mortelle (observation n° 17) relative à une gastrite ulcéreuse. Le décès a en effet suivi l'intervention (gastrectomie des 4/5) chez cette malade âgée ; la possibilité d'une réfrigération gastrique qui, pour BODIN et CONTE (18), trouve ici une excellente indication aurait peut-être pu éviter un acte opératoire sur un terrain aussi fragile.

C H A P I T R E I I I

VALEUR ET PLACE DE L'ENDOSCOPIE ET DE LA RADIOLOGIE D'URGENCE

- I - VALEUR DE L'ASSOCIATION DE L'ENDOSCOPIE ET DU TRANSIT
 BARYTE
 - II - VALEUR DES EXPLORATIONS VASCULAIRES
 - III - RESULTATS D'ENSEMBLE
 - IV - DEFINITION D'UN PROTOCOLE D'EXPLORATION
-

Le but de ce chapitre est d'établir une corrélation entre les deux techniques et de définir leurs indications. En effet, si l'intérêt de chaque méthode a été étudié séparément par les radiologues ou les endoscopistes, on trouve peu de travaux relatifs à une corrélation et moins encore de tentative de synthèse susceptible de déterminer avec netteté une conduite à tenir dans l'approche du diagnostic d'urgence.

I - VALEUR DE L'ASSOCIATION DE L'ENDOSCOPIE ET DU TRANSIT BARYTE

La répartition des deux examens s'établit de façon sensiblement équivalente avec 125 endoscopies et 121 transits barytés analysés pour cette étude.

- 93 fois l'endoscopie et le transit ont été associés chez le même malade dans l'ordre suivant :

- . endoscopie avant le transit : 72 fois ;
- . endoscopie après le transit : 21 fois (environ 12 heures en moyenne suffisent pour obtenir une évacuation gastrique du contenu baryté).

- 32 fois l'endoscopie n'a pu être complétée par la radio en des circonstances variables, qu'il s'agisse :

- . d'hémorragies graves imposant une décision chirurgicale immédiate dès le diagnostic fait ;
- . de malades de réanimation non mobilisables ;
- . ou encore d'hémorragies par rupture de varices oesophagiennes nécessitant la pose rapide d'une sonde de Blackmore.

- 28 fois le transit baryté a été la seule exploration pratiquée :

- . soit que, réalisé en première intention, le diagnostic soit apparu d'emblée suffisamment éloquent : ce groupe comporte surtout des malades suspects cliniquement d'ulcères gastro-duodénaux ;
- . soit que l'endoscopie n'ait pas été techniquement possible ou ait été refusée.

A - VALEUR DU TRANSIT BARYTE

Examen le plus couramment employé en France, il nous a servi d'exploration de référence.

1) Efficacité du diagnostic

LESIONS	NOMBRE DE CAS	DIAGNOSTIC EXACT	FAUX NEGATIF	FAUX POSITIF
Ulcère gastro-duodénal	59	55	4	-
Gastrite et ulcères aigus	23	1	22	-
Varices oesophagiennes	15	13	2	-
Oesophagite et hernie hiatale	9	8	1	-
Tumeurs	9	8	1	-
Divers	1	-	1	-
Inconnues	5	-	4	1
T O T A L	121	85	35	1

TABLEAU N° 18

- VALEUR DIAGNOSTIQUE DU TRANSIT EN URGENCE -

Au cours de 121 transits effectués, un diagnostic exact ou très probable a été porté 85 fois, soit dans 70,2 % des cas. Ce résultat est comparable aux pourcentages les plus favorables à cet examen ; dans un travail récent, LIGUORY et BISMUTH découvrent également dans 70 % des cas l'affection responsable chez 153 patients. En fait, les pourcentages ne doivent être appréciés qu'en fonction de la sélection des malades : l'estimation varie alors de 50 % d'efficacité en milieu médical (TOULET in RETTORI) à 60-70 % en milieu chirurgical où l'on compte un pourcentage

plus élevé d'ulcères gastro-duodénaux (65 % de diagnostics dans la statistique d'EDELMANN qui compte par ailleurs un nombre non négligeable de laparotomies exploratrices). Pour FONTAINE et JOUVE, les possibilités diagnostiques peuvent atteindre 80 à 85 %.

Dans 36 cas, l'examen ne permet pas de conclure. Ces 36 dossiers concernent 26 hémorragies graves dont 4 imposeront une sanction chirurgicale. On notera le faible pourcentage de faux positifs (0,8 %) dus à l'exigence de l'interprétation et surtout à l'absence de fausse image par caillots.

Néanmoins, la majorité des lésions localisées et ulcérées ont été parfaitement accessibles à l'examen radiologique qui remplit donc sa mission essentielle.

2) Notion de diagnostic utile

A une période où le transit gastro-duodéal n'est plus la seule exploration réalisable, on peut se demander quel va être l'apport diagnostique utile en urgence des autres investigations : en d'autres termes, les diagnostics qui échappent à l'exploration radiologique classique justifient-ils la mise en oeuvre et parfois la multiplication d'autres moyens diagnostiques. On peut en effet penser avec OLIVIER (172) que la négativité de l'examen radiologique et l'absence d'hypertension portale évidente doivent suggérer le diagnostic vraisemblable de lésion gastro-duodénale aiguë ou de gastrite hémorragique. SANDLOW (195) estime que les diagnostics non faits par le transit ne paraissent pas influencer sur la mortalité.

La lecture du tableau n° 18, p 86, permet d'apprécier globalement l'efficacité du transit baryté.

3) Insuffisance du diagnostic

Trois raisons majeures n'autorisent plus à se satisfaire des seules données du transit en urgence et condamnent, à notre avis, l'argument qui tend à en faire le seul examen UTILE. Ces raisons naissent de trois insuffisances :

.../...

- insuffisance diagnostique au cours des hémorragies graves : dans notre travail en effet, la plupart des malades victimes d'une hémorragie grave et persistante ont été explorés uniquement par endoscopie. Il est incontestable que l'examen radiologique effectué dans ces conditions aurait permis quelques diagnostics corrects au prix parfois d'éprouvantes manoeuvres pour le patient : il est non moins certain que ce type d'hémorragie malgré la pratique du lavage gastrique fournit le plus fort pourcentage de faux négatifs - 33 % pour SCHMITT (199) - ;

- insuffisance diagnostique dans les associations lésionnelles : la coexistence de 2 lésions à potentiel hémorragique ne permet pas de résoudre le problème ; la pathologie fréquemment intriquée au cours de l'hypertension portale en est le meilleur exemple ;

- insuffisance du dépistage des lésions de petite taille : sans traduction radiologique, parfois responsables d'hémorragies graves et non toujours visibles à l'intervention (observation n° 2) - LADOUCH (126).

B - VALEUR DE L'ENDOSCOPIE D'URGENCE

L'endoscopie d'urgence nous est apparue comme une méthode simple et sûre ; elle doit être obtenue rapidement et, s'il le faut, au lit même du malade.

1) Résultats de l'endoscopie

Ils seront appréciés selon les critères empruntés à la classification d'HIRSCHOWITZ (99) qui paraît la mieux adaptée à l'analyse du diagnostic d'urgence (cf. tableau n° 19, p 89).

a) diagnostic direct : visualisation directe de la lésion. Pour affirmer que la lésion est responsable, il est nécessaire de la voir saigner ou d'objectiver des signes d'hémostase à son niveau.

b) diagnostic indirect : le diagnostic de localisation est

L E S I O N S	NOMBRE D'EXAMENS	DIAGNOSTIC DIRECT	DIAGNOSTIC INDIRECT	DIAGNOSTIC D'EXCLUSION	DIAGNOSTIC NON POSE	DIAGNOSTIC ERRONE
Ulcère du bulbe	29	8 (4)	6	-	15	-
Ulcère gastrique	16	13 (8)	-	-	2	1
Gastrite et ulcérations aiguës	31	30 (23)	1	-	-	-
Varices oesophagiennes	26	26 (17)	-	-	-	-
Oesophagite	10	10 (7)	-	-	-	-
Tumeurs	7	6 (4)	-	-	1	-
Divers	3	2 (2)	1	-	-	-
Inconnues	3	-	-	-	-	3
T O T A L	125	95 (65)	8	-	18	4

TABLEAU N° 19

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE L'ENDOSCOPIE D'URGENCE

NB. Dans la colonne "diagnostic direct", le chiffre rapporté entre parenthèses traduit le nombre de fois où la lésion est saisie en cours d'hémorragie.

fait, mais la nature de la lésion n'est pas déterminée avec exactitude ; exemple : reflux pylorique de sang rouge.

c) diagnostic d'exclusion : l'exploration complète de l'oesophage et de l'estomac en cours d'hémorragie permet d'affirmer que l'origine du saignement est située plus bas si cette investigation s'avère négative.

d) diagnostic non posé : du fait de la présence de sang intragastrique, de l'agitation ou des conditions techniques imposées par l'appareil (cette dernière restriction n'est valable que pour les fibroscopes courts n'explorant pas le duodénum).

e) diagnostic erroné : soit par erreur d'interprétation, soit par omission d'une lésion.

Au total, le diagnostic de la lésion (diagnostic direct) ou de sa localisation (diagnostic indirect) est donné :

103 fois au cours de 125 examens, soit dans 82,4 % des cas.

2) Avantages de l'endoscopie

Ils nous paraissent répondre point par point aux insuffisances de la radiologie standard :

- le dépistage des lésions planes ou diffuses est certes un des arguments les plus indiscutables en sa faveur ;

- les renseignements qu'elle fournit en cas d'association lésionnelle sont manifestes et précieux pour les déductions thérapeutiques ;

- enfin, elle peut être pratiquée précocement chez un sujet même incomplètement réanimé.

A la différence de la tendance de certaines équipes françaises d'endoscopie (CONTE, MINICONI), mais à la lumière de l'expérience anglo-saxonne, nous ne la récusons pas en cas d'hémorragie grave. Nous estimons même, au terme de ce travail, qu'elle trouve dans cette indication une de ses meilleures justifications +++. Pour que l'endoscopie soit interprétable dans ce contexte, il suffit seulement que le liquide de la-

vage gastrique soit nettement éclairci avant l'examen. En ce cas, même si l'hémorragie reste importante, même si l'état hémodynamique du patient est précaire, L'EXPLORATION DOIT ETRE TENTEE ; sa contribution chirurgicale en permettant une intervention précoce dans les affections localisées après avoir éliminé varices et gastrites hémorragiques nous paraît du plus haut intérêt.

L'endoscopie d'urgence devrait dépasser le cadre de la simple amélioration du pourcentage diagnostique pour prendre une part active dans la conduite du traitement.

3) Possibilités d'échec

Néanmoins, celles-ci ne sont pas rares ; elles tiennent :

a) aux conditions techniques

. l'insuffisance de l'exploration du duodénum explique la plupart des échecs de l'endoscopie. Pour LIGUORY, le diagnostic est possible dans 83 % des cas avec les endoscopes courts (statistique sur 217 malades) et passerait à 97 % des cas avec l'emploi des duodénoscopes (35 malades). Néanmoins, la mise en évidence de la pathologie bulbaire en urgence avec ce type d'appareil ne paraît pas absolument constante et il n'existe pas encore de publications suffisamment importantes pour chiffrer ces possibilités avec exactitude. Enfin, le duodénum distal échappe totalement au diagnostic endoscopique alors que le 2ème duodénum est rarement contrôlé en urgence ;

. les difficultés rencontrées au niveau de certaines régions gastriques déjà signalées (petite courbure horizontale, sous-cardia et grosse tubérosité) semblent s'atténuer avec les appareils récents ;

. des échecs peuvent venir du refus de l'examen ou de l'agitation du sujet (5 cas dans notre travail) ;

. enfin, une méconnaissance du diagnostic est toujours possible en cas d'endoscopie première non guidée par un transit préalable.

.../...

b) à la gravité de l'hémorragie : si l'hémorragie est trop importante, l'optique est rapidement souillée de sang et ne permet plus un examen valable (2 cas). A moins d'hémorragie véritablement très sévère qui est, en pratique, une contre-indication à cet examen, cette éventualité est rare. Dans ce contexte, le liquide de lavage est à peine éclairci et ne ramène que du sang frais dilué : une telle évolution, si elle persiste, est le plus souvent le fait d'une hémorragie artérielle dont on ne saurait attendre l'hémostase spontanée.

C - CONFRONTATION RADIO-ENDOSCOPIQUE

Lorsque les deux examens ont été faits chez le même malade :

- le radiologue ou l'endoscopiste avaient connaissance des conclusions de celui des deux examens ayant eu lieu le premier. Ce travail d'équipe a eu souvent une valeur d'orientation très précieuse :

- . pour l'endoscopiste, lorsqu'il est guidé par un transit gastro-duodéal préalable ;
- . pour le radiologue, lorsqu'une exploration satisfaisante de l'oesophage et de l'estomac a été faite. En particulier, la constatation de signes inflammatoires pyloriques ++ en endoscopie, alors que la cavité gastrique était normale, a pu guider le diagnostic radiologique d'ulcère du duodénum 11 fois.

- l'association des deux examens permet un diagnostic chez 90 malades sur 93, soit dans 96,7 % des cas, pourcentage très comparable à celui de la confrontation radio-endoscopique établie par DUPUY et NAHUM (98 % sur 121 cas) en urgence (cf. tableau n° 20, p 93).

- la non concordance provient d'une insuffisance de l'examen radiologique (30 fois) ou de l'examen endoscopique (17 fois). Ce pourcentage important (52,2 %) prouve sans ambiguïté le caractère complémentaire des deux méthodes. Il ne saurait être question de concurrence alors que ce travail a toujours été une stimulation pour l'une ou l'autre équipe.

LÉSIONS	NOMBRE	Dc RADIOLOGIQUE	Dc ENDOSCOPIQUE		Dc CONCORDANT	Dc DISCORDANT
			S. direct	S. indirect		
Ulcère gastrique	12	9	10	-	7	5
Ulcère du bulbe	26	26	7	5	12	14
Gastrite et ulcé- rations aiguës	23	1	22	1	1	22
Varices oesopha- giennes	13	11	13	-	11	2
Oesophagite	8	7	8	-	7	1
Tumeurs	7	6	6	-	5	2
Divers	1	-	1	-	-	1
Diagnostic non fait	3	-	-	-	-	-
T O T A L	93	60	67	6	43	47
			73			
POURCENTAGE		64,5 %	78,6 %		47,7 %	52,2 %

TABLEAU N° 20 : CONFRONTATION RADIO-ENDOSCOPIQUE

II - VALEUR DE L'EXPLORATION VASCULAIRE

A - L'ARTERIOGRAPHIE SELECTIVE

Notre expérience de l'artériographie sélective s'appuie sur l'étude de 8 dossiers dans lesquels l'indication a toujours été posée essentiellement à la recherche de l'image directe de l'hémorragie.

- 3 dossiers concernent les malades du groupe I (observations n° 12, 34, 126) ;
- 5 dossiers concernent les malades du groupe II, hors protocole.

Monsieur IC..., 38 ans (hors protocole) : éthyliste. Tuberculose pulmonaire et péritonéale en 1969. Cachexie. Présente une hémorragie grave le 16.12.1970 (hématémèse et moeléna).

Le transit gastro-duodénal en urgence du 17.12. est ininterprétable du fait de la présence de nombreux caillots intra-gastriques. Le 18, l'état du malade s'aggrave encore, l'hémorragie devient plus importante : la T. A. reste instable dès que l'on arrête les transfusions. Alors que le chirurgien reste hésitant devant le très mauvais état général du malade, une artériographie du tronc céphalique est effectuée. L'angiogramme révèle nettement une image de flaque iodée au niveau de l'artère gastro-duodénale. L'intervention immédiate (Professeur SIROT) retrouve un volumineux ulcère du bulbe. Gastrotomie, suture simple de l'ulcère. Désunion de la suture de gastrotomie au 3ème jour. Décès au 5ème jour.

Monsieur MOL..., 21 ans : sans antécédents particuliers. Le 15.1.1971, hématémèse et moeléna.

Deux tentatives d'exploration barytée, le 15 et le 17, se soldent par un échec, le malade supportant mal l'examen. Le 18, une artériographie du tronc coeliaque et de la mésentérique supérieure n'autorise aucune conclusion. La seule particularité relevée est une plage hypervascularisée dans la région duodénale. Le 20.1., l'hémorragie récidive. Indication de laparotomie exploratrice (Professeur Agrégé CHAMPETIER). Aucune

lésion n'est décelée au cours de l'intervention. Arrêt spontané de l'hémorragie en post-opératoire. Evolution favorable. Aucun diagnostic ne sera fait ultérieurement.

Madame PER..., 43 ans (hors protocole) : éthylisme. Douleurs épigastriques anciennes. Le 24.1.1971, hématomèse de sang rouge. Le 26, récurrence sur un mode plus grave.

L'artériographie première révèle des modifications angiographiques en faveur d'une cirrhose, mais pas de signe d'hypertension portale et surtout aucun signe d'hémorragie artérielle. Le transit gastro-duodénal, le 27, ne décèle aucune anomalie. Devant les récurrences : intervention le 27 (Professeur LATREILLE) objectivant une rupture de varices oesophagiennes. Mise en place d'une sonde de Blackmore. Récurrence. Coma précédant le décès le 28.1. La vérification anatomique effectuée le 29 ne comporte pas de compte-rendu.

Monsieur CH..., 41 ans (hors protocole) : éthylisme. Epigastralgies d'apparition récente. Le 8.4.1971, hospitalisé pour moeléma.

Un transit gastro-duodénal d'urgence dans de bonnes conditions ne révèle aucune anomalie gastro-duodénale. L'aspect du bas-oesophage peut faire discuter l'existence de varices oesophagiennes. Les jours suivants, réapparition de moeléma sans que l'état du malade soit alarmant, mais rapidement, le troisième jour, survient un delirium tremens. Le 15, les moelémas deviennent de plus en plus abondants nécessitant plusieurs transfusions dans la journée. Malgré l'agitation du malade, au décours de son delirium, une artériographie est effectuée rapidement ; bien que techniquement, l'examen soit rendu difficile par le comportement du patient, une image de flaque iodée apparaît sur la sériographie aux dépens d'une artère duodéno-pancréatique. L'intervention (Professeur Agrégé CHAMPETIER) est immédiatement réalisée et la duodénotomie révèle un très petit ulcus aigu du 2ème duodénum exactement centré par une artériole pancréatico-duodénale. Les suites immédiates sont favorables malgré l'apparition d'une ascite. Occlusion et décès au 18ème jour.

Monsieur PET..., 54 ans (hors protocole) : malade hospitalisé en service de réanimation pour syndrome septicémique après intervention pour lithiasse biliaire. Hémorragie grave et récidivante le 18.8.1971.

Aucune exploration barytée n'est envisagée chez ce malade peu mobilisable. L'artériographie, malgré l'abondance de l'hémorragie, s'avère normale. Arrêt spontané de l'hémorragie deux jours plus tard. Décès consécutif à la septicémie. Pas de vérification anatomique.

Madame FA..., 59 ans (observation n° 34) : éthylisme. Etat de dénutrition, présence d'une hépatomégalie avec ascite discrète. Hospitalisée en urgence le 7.12.1971 pour hématomèse. Initialement, l'hémorragie est assez bien tolérée, la T. A. reste stable. Dans la soirée, l'état de la malade s'aggrave.

L'oesofibroscopie n'apporte aucune indication valable vu la sévérité de l'hémorragie. Rapidement, la T. A. ne peut plus être maintenue à 10 que sous transfusion massive alors que la sonde de Blackemore mise en place reste inefficace. L'artériographie sous réanimation intensive est bien tolérée sur le plan tensionnel : une importante flaque iodée signe l'érosion de l'artère gastro-duodénale.

Dans cette observation, notre intervention ne peut être bénéfique pour la malade puisque le décès est survenu avant l'entrée en salle d'opération : en effet, le retrait de la sonde de Blackemore a été suivi de l'inhalation d'une hématomèse profuse fatale à la patiente ; l'importante quantité de sang intra-gastrique aurait dû justifier ce retrait sous intubation. La vérification anatomique confirmera la cirrhose et l'existence d'un volumineux ulcère du bulbe érodant l'artère gastro-duodénale.

Monsieur BOU..., 60 ans (observation n° 12) : éthylisme chronique ++. Hépatomégalie, sub-ictère. Bilan biologique en faveur d'une insuffisance hépatique (taux de prothrombine à 60 %). Le 22.12.1971, hémorragie massive avec hématomèse et moeléna. Pose d'une sonde de Blackemore qui paraît efficace pendant 48 heures. Reprise de l'hémorragie le 24 et le 25 qui fait adresser le malade à l'hôpital pour éventuelle anastomose porto-cave. Le 25, hémorragie cataclysmique.

L'artériographie du tronc coeliaque révèle une image de flaque iodée aux dépens d'une branche de l'artère coronaire stomachique. Collapsus en salle de radio. Intervention immédiate (Professeur BOUCHET) : découverte d'un ulcère pylorique ; gastrectomie des 2/3 avec rétablis-

ment de la continuité par le procédé de PEAN. L'examen de la pièce opératoire objectivera une deuxième localisation ulcéreuse sur la face antérieure gastrique avec présence d'une artère d'arrosion en son centre, celle-là même mise en évidence par l'artériographie. Evolution favorable.

Monsieur DUR..., 67 ans (observation N° 126) : cirrhose éthylique connue. Ulcère pré-pylorique responsable d'une hémorragie le 5.1.1972. Nouvel épisode hémorragique le 30.6.1972 au cours d'une décompensation ascitique. L'abondance de l'hémorragie fait récuser toute exploration en dehors de l'artériographie qui ne mettra pas en évidence d'érosion vasculaire. Le contrôle baryté oesophagien en salle d'angiographie ne laisse aucun doute sur la présence de volumineuses varices oesophagiennes ; la sonde de Blackemore contrôlera mal l'hémorragie. Décès après encéphalopathie portocave. La vérification anatomique confirmera la rupture de varices oesophagiennes et gastriques alors que l'ulcère pré-pylorique est parfaitement guéri.

Sur 8 observations, 4 fois l'artériographie nous a permis de préciser de façon formelle le siège de l'hémorragie. L'analyse de ces résultats semble nous autoriser à conclure sur deux points :

1) La pratique de l'artériographie sélective à la recherche d'une image de flaque iodée est liée à l'importance de l'hémorragie. Le tableau n° 21, p 98, confronte le débit hémorragique avec les résultats obtenus.

Les 4 malades qui ont subi avec succès cette exploration étaient victimes d'hémorragies graves : la compensation sanguine par transfusion nécessaire pour maintenir leur T. A. autour de 10 était égale ou supérieure à 2,5 litres de sang en 12 heures. Si l'on admet que la compensation équilibrait les pertes (ce qui nous expose certainement à une erreur par défaut), ceci représente un débit de 3,5 ml/minute au minimum.

Ces chiffres sont voisins de ceux donnés par WEILL pour qui l'apparition de la flaque est obtenue pour un débit d'environ 5 ml/minute.

2) Il ne saurait être question de faire de cette méthode un examen de routine :

- l'endoscopie et la radiologie barytée suffisent dans la ma-

NOMS	QUANTITE DE SANG PERFUSEE	DEBIT HEMORRAGIQUE APPROXIMATIF	FLAQUE IODEE	DIAGNOSTIC
IC..	4 1/12 heures	5 ml/minute	+	Ulcère du bulbe
MOL.	0,75 1/12 heures	1 ml/minute	-	Non connu
PER.	1,50 1/12 heures	2 ml/minute	-	Varices oesophagien- nes
CH..	2,50 1/12 heures	3,5 ml/minute	+	Ulcère aigu de D2
PET.	3 1/12 heures	4 ml/minute	-	Inconnu
FA..	?	Très important (non chiffré)	+	Ulcère du bulbe
BOU.	3 1/12 heures	4 ml/minute	+	Ulcère face anté- rieure estomac
DUR.	3 1/12 heures	4 ml/minute	-	Varices oesophagien- nes

TABEAU N° 21

- INFLUENCE DU DEBIT HEMORRAGIQUE SUR LES RESULTATS DE L'ANGIOGRAPHIE -

jorité des cas à établir un diagnostic précis. L'artériographie sélective d'urgence comporte des risques rares mais non négligeables et ne peut trouver sa place que lorsqu'aucune exploration n'est praticable du fait de l'abondance de l'hémorragie (3 indications sur 155 observations). Elle doit être effectuée rapidement et en présence de réanimateurs.

- au cours des hémorragies gravissimes, elle ne saurait précéder la laparotomie pour hémostase d'urgence. Tout retard à ce geste ferait courir au malade un danger certain.

On pourrait reprocher à l'artériographie, dans l'observation n° 34, d'avoir fait perdre un temps précieux à une malade porteuse d'un ulcère érodant la gastro-duodénale. Nous soulignons le fait que cette malade cachectique et cirrhotique avait retenu le diagnostic probable de rupture de varices oesophagiennes. Une telle hémorragie chez un sujet ne présentant pas un tableau aussi complexe aurait conduit, sans délai, à une intervention.

- les meilleures indications de l'artériographie semblent devoir être portées chez des malades victimes d'une hémorragie grave dont la pathologie associée peut faire redouter un acte opératoire : elle n'apporte la certitude que si elle se révèle positive mais en ce cas, la découverte d'une lésion focalisée accessible à la chirurgie pourra vaincre des hésitations légitimes. Dans ce cadre, les hémorragies graves du cirrhotique devraient permettre de voir s'élargir les indications de cet examen.

ARTÉRIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Fig. 1 : Artériographie du tronc coeliaque (temps artériel 1ère seconde). Dès la première seconde, malgré un important reflux aortique, la flaque iodée est obtenue à partir de l'artère gastro-duodénale. Ulcère du bulbe.

Fig. 2 : Artériographie du tronc coeliaque (temps artériel 2,6 secondes). Apparition d'une volumineuse flaque iodée aux dépens de l'artère gastro-duodénale. Ulcère du bulbe.

ARTÉRIOGRAPHIE SÉLECTIVE D'URGENCE

Fig. 1 : Artériographie sélective (temps artériel 2,6 secondes). Erosion d'une petite artère pancréatico-duodénale par ulcus aigu de D2. La flaque iodée reste de petite taille au temps artériel

Fig. 2 : même malade. (Temps tardif : 19ème seconde). Persistance de la flaque.

ARTÉRIOGRAPHIE SÉLECTIVE D'URGENCE

Fig. 1 : Artériographie du tronc coeliaque (temps artériel : 3ème seconde). La flaque iodée est ici visible sur une branche de l'artère coronaire stomachique : ulcère de la face antérieure de l'estomac. L'intervention découvrira un deuxième ulcère pylorique également hémorragique.

Fig. 2 : Même malade (16ème seconde). Persistance de la flaque.

B - LA SPLENOPORTOGRAPHIE

Nous rapportons deux observations qui illustrent les possibilités diagnostiques de cette technique.

Monsieur AMO..., 33 ans (hors protocole) : sujet d'origine italienne ayant présenté en mars 1971 une hémorragie digestive en Italie qui ne semble pas avoir fait l'objet d'un bilan étiologique. Le 20.8.1971, hémorragie digestive grave avec hématomèse.

Devant le jeune âge du malade et la suspicion d'hypertension portale (hépto-splénomégalie), l'indication de splénoportographie est posée. L'examen confirme l'hypertension portale avec reflux dans la veine coronaire stomachique vers des varices oesophagiennes et tubérositaires. "Existence d'une volumineuse image lacunaire méso-coeliaque du foie comprimant le tronc porte" (Professeur GEINDRE). Le diagnostic le plus probable est celui d'un volumineux kyste hydatique du foie. Le transit gastro-duodéal (21.8.71) ne révélera pas d'anomalie gastro-duodénale et n'objectivera pas de varices oesophagiennes. L'évolution immédiate est favorable spontanément. Sur sa demande, le malade retourne en Italie alors que le rapide bilan effectué avant son départ n'autorise pas à conclure définitivement sur l'étiologie : la réaction de Casoni et la sérologie par immunofluorescence de l'hydatidose reviendront négatives.

Madame SAVEL..., 65 ans (observation n° 100) : cirrhose méditerranéenne connue ayant déjà donné lieu à une hémorragie digestive. Le 26.9.1971, hématomèse massive.

Transit gastro-duodéal le 27 : volumineuses varices oesophagiennes +++ sans lésion gastro-duodénale décelable. L'hémostase est partiellement obtenue par la sonde de Blackemore. Décision de dérivation en semi-urgence vu unetendance à la récurrence. En pré-opératoire, le 1.10., la splénoportographie :

- confirme l'hypertension portale (32 cm d'eau) ;
- objective la dérivation coronaire stomachique ;
- affirme la liberté de la voie splénoportale et la bonne qualité de la vascularisation intra-hépatique.

L'intervention (Docteur BONNETON) est finalement différée vu l'arrêt de l'hémorragie : le 26.10.1971, splénectomie simple (thrombopénie 50 000) ; la réalisation d'une dérivation spléno-rénale envisagée chez cette malade âgée ne paraît pas judicieuse en raison d'une veine splénique de petit calibre. Evolution favorable.

S P L E N O P O R T O G R A P H I E D ' U R G E N C E

Fig. 1 : Splénoportographie : mise en évidence :

- d'une voie de dérivation vers les veines oesophagiennes ;
- d'un refoulement vers la droite du tronc porte qui paraît laminé.

Fig. 2 : Même malade. A un temps plus tardif, apparaît une volumineuse image lacunaire meso-coeliaque en faveur d'un kyste hydatique du foie.

Les avantages de la splénoportographie ne sont pas discutables puisqu'elle permet d'affirmer une hypertension portale incertaine avec un risque d'erreur très minime (RETTORI, DOPPMAN -61-). Ses indications purement diagnostiques afin de déceler la cause de l'hémorragie deviennent rares ; nous n'avons jamais été amenés à recourir à cet examen dans ce but depuis que nous utilisons l'association endoscopie - transit baryté.

Néanmoins en période hémorragique, la splénoportographie semble être la meilleure exploration vasculaire :

1) En pré-opératoire : sa pratique, en effet, est irremplaçable pour le choix d'une anastomose (PARAF) si une dérivation porto-cave est envisagée :

- elle établit le siège de l'obstacle ;
- elle visualise le plus fidèlement l'axe portal au cours des blocs intra-hépatiques, assurant le dépistage des thromboses portales (compte-tenu des phénomènes hémodynamiques responsables des "fausses thromboses portales").

2) En cas de récurrence hémorragique, chez un sujet déjà porteur d'une anastomose porto-cave, elle permet le contrôle de la perméabilité de l'anastomose (l'éventualité d'une splénectomie antérieure obligerait à recourir à l'étude du retour veineux par artériographie mésentérique supérieure).

3) Enfin, sa valeur diagnostique est incontestable devant une hémorragie qui laisse un doute sur la possibilité d'une hypertension portale : la détection de varices tubérositaires isolées, très délicate par l'endoscopie et la radio standart, est certainement sa meilleure indication.

Dans le domaine du diagnostic de l'hypertension portale, l'utilisation du retour veineux au cours de l'artériographie sélective coeliaque et mésentérique - HERNANDEZ (94), BENNET (12), LAMARQUE (128) - est certes souvent possible. L'étude conjointe des temps artériels et parenchymateux pourrait même identifier de façon plus précise l'étiologie si l'origine de l'hypertension portale n'est pas connue. Si ce choix est parfaitement justifié dans le diagnostic des obstacles veineux pré-hépatiques - COULOMB (43), GEINDRE (43) -, la qualité variable de l'opacifi-

cation veineuse de retour au cours des blocs intra-hépatiques, de loin les plus fréquents, doit lui faire préférer en urgence l'exploration par la splénoportographie.

-:-:-:-:-

III - RESULTATS D'ENSEMBLE

Résultats personnels

Au cours de 155 épisodes d'hémorragie digestive haute, l'utilisation isolée ou associée de l'endoscopie et de la radiologie (transit gastro-duodéal, artériographie sélective, splénoportographie) a permis une exploration de 154 cas (un malade ayant subi une laparotomie d'urgence d'emblée). Un diagnostic étiologique a pu être établi grâce à ces techniques, 147 fois en urgence, soit dans 95,4 % des cas (tableau n°22).

	ENDOSCOPIE + T. O. G. D. 93 cas	ENDOSCOPIE SEULE 32 cas	T. O. G. D. SEUL 28 cas	ARTERIOGRAPHIE 3 cas	SPLENOPORTO- GRAPHIE 1 cas	154
LESIONS DIAGNOSTIQUEES	90	30	25	2	-	147

TABLEAU N° 22

tons : Parmi les échecs de l'exploration pré-opératoire, nous comp-

- 5 observations restées sans diagnostic dont une malgré une laparotomie exploratrice ;
- un diagnostic d'intervention après échec de l'endoscopie ;
- un diagnostic de vérification anatomique.

Le nombre des hémorragies cryptogénétiques est réduit à 3,2 %. La mortalité globale est de 20,6 % (dont 9 % du fait des hémorragies par hypertension portale).

Confrontation avec les données de la littérature

L'abord combiné radio-endoscopique des hémorragies digestives hautes se révèle aujourd'hui d'une impérieuse nécessité.

1) L'inocuité de l'association chez le même malade de l'endoscopie et de la radiologie barytée, sous couvert d'une surveillance stricte, est bien établie (NICAISE).

2) Le rendement diagnostique de cette double exploration parfois renforcée par l'apport de l'angiographie n'est plus douteux :

- MITTY (156) le démontre parfaitement en confrontant les résultats dans 2 groupes de malades :

- . en 1964 : l'emploi du transit gastro-duodéal et la splénoportographie laissent persister 26,6 % d'hémorragies d'origine inconnue, sur 150 observations ;
- . en 1967 : l'apport de l'endoscopie et l'artériographie réduisent ce chiffre à 3,1 % sur 230 observations. Dans le même temps, la mortalité passe de 25 à 15 %.

- "l'approche vigoureux du diagnostic" de PALMER comporte une modalité exploratoire très stéréotypée : lavage gastrique, endoscopie immédiate, radiologie aussitôt après l'endoscopie. 93 % de résultats positifs sur 1 400 observations sont rapportés en 1969 par cet auteur (on notera qu'une grande partie des endoscopies ont été effectuées avec des oesophagoscopes et gastroscopes classiques). Adoptant le même protocole, SCOTT, sur 85 hémorragies graves, obtient dans 85,8 % des cas un diagnos-

tic pré-opératoire et ne compte aucune hémorragie inexpliquée. Pour Mac CRAY (145), 4 % des hémorragies digestives hautes sur 226 restent sans diagnostic étiologique.

- en France, les équipes dotées d'une unité de soins intensifs (FAUVERT, CONTE) préconisent l'association des deux techniques.

La possibilité d'un diagnostic exact et précoce semble influencer favorablement sur le taux de mortalité (MITTY, MAILER) et du moins permettre une action thérapeutique plus rationnelle - ALLAN (1).

3) Le souci de ne pas paralyser l'enquête diagnostique en gênant les autres recherches conduit la majorité des auteurs à faire pratiquer une endoscopie ou une exploration vasculaire avant le transit gastro-duodéal.

Néanmoins, la difficulté d'assurer une garde d'endoscopie permanente et de réaliser des examens différents qui ne peuvent souvent être effectués dans le même lieu, peut imposer un choix des examens complémentaires.

C'est ainsi que certains réservent l'indication de l'endoscopie au cas où les radios standard ne montrent aucune lésion apparente ou certaine : GABRIEL (79), CONTE (40), WEINSTEIN (211). On doit reconnaître cependant que le pourcentage de lésions affirmées diminue si l'endoscopie est tardive. WALLS (207) en 1971 ne totalise ainsi que 77,6 % de diagnostics. CONTE ne trouve que 9 fois sur 44 des lésions endoscopiques qui échappent à la radio : l'apparition de la fibroscopie ne lui permet d'améliorer que de 5 % ses possibilités diagnostiques. Pour GABRIELSON (80), dans une autre étude endoscopique de 120 cas à transit normal, le pourcentage diagnostique de l'endoscopie passe de 88 % si cet examen est précoce à 24 % s'il est tardif.

IV - DEFINITION D'UN PROTOCOLE D'EXPLORATION

Ayant ainsi détaillé les corrélations entre les différentes techniques et précisé leur contribution respective au diagnostic, nous avons tenté de déterminer une conduite à tenir dans l'exploration d'une hémorragie digestive haute. Nous avons essayé au maximum de tenir compte des circonstances cliniques car il n'est pas de conduite à tenir univoque devant un tel accident qui puisse imposer une attitude rigide.

1) Deux examens majeurs dominent aujourd'hui les possibilités diagnostiques en urgence : l'endoscopie et le transit gastro-duodéal. Ils sont indispensables et complémentaires :

- l'endoscopie doit être réalisée dans les délais les plus brefs après l'accident aigu et même en cours d'hémorragie ;
- le transit gastro-duodéal doit lui succéder systématiquement même si l'endoscopie est positive. Il doit être effectué sur un malade parfaitement réanimé dans des conditions les plus voisines de celles de l'examen chez un malade ambulatoire.

La fréquence et la gravité des hémorragies digestives hautes assez comparables, en milieu hospitalier, à celles de l'infarctus myocardique, nous paraissent justifier les exigences de cette double investigation.

2) En pratique : cette notion fondamentale doit être nuancée par une conduite à tenir qui tient compte de la gravité et surtout de l'évolution (cf. tableau n° 23). C'est en effet l'importance et la répétition de l'hémorragie qui vont déterminer les difficultés de l'exploration et, parallèlement, commander les décisions thérapeutiques immédiates. Un tel schéma d'investigation ne doit donc s'intégrer qu'au sein d'une réanimation parfaite en étroite collaboration avec le chirurgien. Nous avons souligné, dans l'appréciation de cette évolution, non seulement la valeur des critères cliniques et biologiques usuels mais également l'intérêt du lavage gastrique. Ce geste capital va permettre certes d'évacuer le sang intra-gastrique mais aussi d'évaluer la persistance éventuelle de l'hémorragie : il va également contribuer à décider du moment le plus propice à

une exploration de qualité.

a) au cours d'une hémorragie modérée : la succession des deux examens peut se faire rapidement après l'entrée du malade. Le souci de ne pas multiplier inutilement les investigations peut faire réserver l'indication de transit gastro-duodénal d'emblée s'il existe un syndrome ulcéreux complet, seul signe clinique vraiment fiable en matière de diagnostic étiologique.

b) au cours d'une hémorragie grave : nous distinguons deux tableaux :

- 1er cas : le malade ne saigne plus : le schéma précédent est maintenu ; il est appliqué sans retard étant donné la menace d'une récurrence brutale. Néanmoins, le transport en salle de radiologie sera retardé du temps nécessaire à une compensation satisfaisante des pertes sanguines : le transit baryté peut ainsi, le plus souvent, être obtenu entre 12 et 24 heures après l'hémorragie.

- 2ème cas : l'hémorragie persiste :

. seule, le plus souvent, l'endoscopie nous paraît trouver une indication utile ; à défaut d'un diagnostic toujours précis, elle peut au minimum déterminer si l'hémorragie est le fait d'une hypertension portale, de lésions diffuses ou d'un foyer localisé gastrique ou duodénal. Ces renseignements guideront au mieux le geste chirurgical ; ils paraissent supérieurs, en ce cas, à ceux fournis par un examen radiologique entrepris dans des conditions défavorables ;

. dans ce contexte, l'exploration vasculaire peut apporter une contribution décisive à la thérapeutique. Elle a des indications précises mais rares :

* l'artériographie sélective à la recherche d'un signe d'érosion vasculaire peut trouver ici sa place, essentiellement chez des sujets porteurs d'une hypertension portale : elle ne sera envisagée qu'en cas d'incertitude de l'endoscopie quant à l'origine de l'hémorragie et après test thérapeutique par sonde de Blackemore (ou mieux de Linton) d'au maximum 6 heures ;

* la splénoportographie : en dehors de rares indications

à titre diagnostique (hypertension portale incertaine, contrôle de la perméabilité d'une anastomose porto-cave), cet examen devrait être réservé aujourd'hui au bilan pré-opératoire des interventions de dérivation à visée hémostatique.

c) au cours des hémorragies gravissimes : la laparotomie exploratrice d'emblée devrait garder ici sa seule indication. L'artériographie sélective devrait être pratiquée s'il existe des signes cliniques d'hypertension portale.

3) La parfaite coordination de ces techniques, la sécurité de leur manie-
ment, leur rentabilité maximum ne peuvent être assurées que dans le ca-
dre d'une unité de soins intensifs spécialisée.

HEMORRAGIE MODEREE	HEMORRAGIE GRAVE		HEMORRAGIE GRAVISSIME
ENDOSCOPIE	REANIMATION INTENSIVE		INTERVENTION
puis	EVOLUTION DE L'HEMORRAGIE (lavage gastrique)		IMMEDIATE ou
TRANSIT	ARRET	PERSISTANCE	ARTERIOGRAPHIE (H. T. P.)
BARYTE	ENDOSCOPIE précoce TRANSIT BARYTE légèrement différé (dans les 12 à 24 heures)	ENDOSCOPIE précoce Puis éventuellement(HTP) - ARTERIOGRAPHIE - SPLENOPORTOGRAPHIE (pré-opératoire)	

TABLEAU N° 23

PROPOSITION D'UN PROTOCOLE D'EXPLORATION

--:--:--:--

.../...

C O N C L U S I O N

La place et la valeur de l'oeso-gastroscopie et de la radiologie dans le diagnostic des hémorragies digestives hautes sont étudiées à propos de 161 observations de malades hospitalisés au C. H. U. de Grenoble.

Après avoir exposé les motifs qui nous ont conduits à apprécier l'intérêt de ces moyens d'investigation et après avoir retracé l'historique des grands travaux consacrés à ce problème, la première partie de notre étude porte sur les modalités techniques relatives aux principaux examens actuellement utilisables en urgence : l'oeso-gastroscopie (125 cas), le transit oeso-gastro-duodénal (121 cas), enfin l'exploration vasculaire par artériographie sélective (8 cas) et par splénoportographie (2 cas).

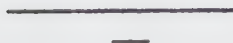
Les résultats sont analysés dans la deuxième partie ; ils concernent un premier groupe de malades qui réunit la majorité de nos observations (155 cas) et obéit à un protocole assez strict : dans cette série, les malades victimes d'une hémorragie digestive haute ont bénéficié pour la plupart d'une double exploration par oeso-gastroscopie et transit baryté dans un délai maximum de 48 heures. Nous avons accordé le plus souvent la priorité chronologique à l'endoscopie. Un petit nombre de malades de ce groupe n'a subi qu'une exploration radiologique ou endoscopique lorsque les circonstances cliniques nous ont amenés à nous limiter à la réalisation de l'un ou de l'autre de ces examens. En outre, dans cette enquête, trois artériographies et une splénoportographie ont été effectuées.

La troisième partie tente de déterminer la valeur et la place de chaque examen complémentaire. Les observations d'un deuxième groupe de malades étudié antérieurement au protocole précédent sont également rapportées : elles nous permettent de faire état d'une expérience un peu lon-

gue de l'exploration vasculaire en urgence.

Les résultats globaux ne concernent que les malades du premier groupe. L'association possible des différents examens en période hémorragique a permis d'établir un diagnostic étiologique 147 fois au cours de 154 épisodes hémorragiques explorés (95,4 %). Le pourcentage des hémorragies cryptogénétiques après vérification opératoire ou anatomique est réduit à 3,2 %.

Compte tenu de cette expérience, un schéma d'exploration des hémorragies digestives hautes en urgence est proposé.



VU et Permis d'Imprimer
Grenoble, le 26 juin 1972

LE DOYEN de la Faculté de
Médecine et de Pharmacie

G. CABANEL

VU : le Président de la Thèse

J. BONNET-EYMARD

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - ALLAN R. N., DYKES P. W.
The role of endoscopy in acute gastro-intestinal hemorrhage
Emergency endoscopy, 2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive
Paris 3-5 juillet 1972
- 2 - ANNES G., LAWRENCE H. and HEIMLICH H.
Upper gastro-intestinal hemorrhage. Undetected site localized by
selective arteriography
Arch. of Surgery, 1967, 94, 44-45
- 3 - ARNULF G., BUFFARD P.
A propos de la radiographie gastro-duodénale d'urgence dans les gran-
des hématémèses
J. Radiol. Electr., 1955, 36, 958-959
- 4 - ARVAY N.
L'examen radiologique d'urgence au cours des hémorragies digestives
graves
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1957, 46, 829-836
- 5 - BACHER E.
Ösophago-Gastroskopie bei Blutungen aus dem oberen Magen Darm Trakt
Z. ges. Mnerie Med. Dtsch, 1968, 23, 749-772
- 6 - BAIRD R. A.
Diagnosis of upper gastro-intestinal tract hemorrhage
J. A. M. A., 1970, 214, 598-599
- 7 - BAKER L. A., SMITH C. and BIERBERMANN G.
The natural history of esophageal varices
Amer. J. Med., 1959, 26, 228-237
- 8 - BAUM S., ROY R., FINKELSTEIN A. K. and BLAKEMORE W. S.
Clinical Applications of selective coeliac and superior mesenteric
arteriography
Radiology, 1965, 84, 279-294
- 9 - BAUM S., NUSBAUM M., CLEARFIELD H. R., KORODA K., TUMEN H. J.
Angiography in the diagnosis of gastro-intestinal bleeding
Arch. of Int. Med., 1969, 119, 16-24
- 10 - BELBER J. P.
Endoscopic examination of the duodenal bulb. A comparison with X ray
Gastroenterology, 1971, 61, 55-61
- 11 - BELOV I. N., LUTSEVITCH E. V., STRUTCHKOV I.
Early esophago-gastroduodenoscopy in diagnosis of upper gastro-
intestinal bleeding
2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive, Paris 3-5 juillet 1972
- 12 - BENNET J.
Indications de l'angiographie dans les hémorragies digestives hautes
Ann. Gast. Ent. et Hépat., 1970, 6, 57-63

- 13 - BENOZIO M., PARAF A., MAY J. P.
Proposition d'un protocole d'examen radiologique au cours des hémorragies par hypertension portale
Lyon Médit. Méd., 7, 613-616
- 14 - BERKOWITZ D.
Fatal gastro-intestinal hemorrhage. Diagnostic implications from a study of 200 cases
Am. J. of Gastroenterology, 1963, 40, 372-377
- 15 - BESSOT M. et DELAGOUTTE J. P.
Réflexions sur une série d'hémorragies digestives survenues chez les cirrhotiques
A. F. M. A. D., 1969, 58, 90-91
- 16 - BISMUTH V., VALLEE G., MICHEL J. R.
Contribution de la radiologie à l'étude d'une hématomérose
France Méd., 1961, 24, 275-288
- 17 - BITOUN A. et CONTE M.
Enquête à propos de 85 hémorragies digestives inexplicées
Sem. Hôp. Paris, 1971, 47, 177-185
- 18 - BODIN F., CONTE M.
Les hémorragies digestives après ingestion de médicaments anti-inflammatoires
Sem. Hôp. Paris, 1969, 45, 888-892
- 19 - BOHMANSSON G.
Problem of surgical arrest of massive hemorrhage in peptic ulcer
Acta. Chir. Scand., 1946, 94, 362-378
Presse Médicale, 1947, 52, 447-448
- 20 - BOIJSEN E., REUTER S. R.
Angiography in diagnosis of chronic unexplained moelena
Radiology, 1967, 89, 413-419
- 21 - BONANNO C. A., ROBILOTTI J. G., MARTEL J. R. and A. J.
The value of emergency endoscopy in active bleeders
Gastroenterology, 1972, 62, 883-884
- 22 - BONFILS S., BENHAMOU J. P., DEBRAY CH., HAMBURGER J., LOYGUE J., ROUX M., PEQUIGNOT H.
Conduite à tenir devant une hématomérose grave
Presse Méd., 1969, 77, 355-358
- 23 - BRICK I. B.
Early diagnosis in massive upper gastro-intestinal bleeding
J. A. M. A., 1957, 163, 1217-1219
- 24 - BRICK I. B. and PALMER E. D.
On thousand cases of portal cirrroses of liver. Implications of esophageal varices and their management
Arch. Int. Med., 1964, 113, 501-507
- 25 - BRIHAYE J., KIEKENS R., VANDERVOOT C.
Les ulcérations digestives dans les états de stress
Acta chir. Belgical, 1966, Suppl. I, 5, 166-180
- 26 - BROWN D. C. and Mac HARDY G.
Gastroscoy in hemorrhage of the stomach
New Orleans Med. Surg. J., 1941, 93, 338-341

- 27 - BUFFARD P., CROZET L. et RUBET A.
Utilité de la radiologie gastro-duodénale d'urgence dans les grandes hémorragies digestives
J. Radiol., 1969, 50, 538-540
- 28 - CAMATTE R., GAUTHIER A. P., GEROLAMI A., SARLES H.
Les hémorragies digestives d'origine médicamenteuse (anti-coagulants exceptés)
Concours Méd., 1970, 92, 1466-1479
- 29 - CAMMOCK E. E., HALLETT W. Y., NYHUS L. M., HARKINS H. N.
Diagnosis and therapy in gastro-intestinal hemorrhage
Arch. of Surgery, 1963, 86, 608-614
- 30 - CARTER M. G., ZAMCHEK N.
Oesophagoscopy in upper gastro-intestinal bleeding
New England J. Med., 1950, 242, 280-282
- 31 - CAZARD G.
Technique et intérêt du T. O. G. D. pour le diagnostic d'ulcère associé chez les malades atteints de cirrhose du foie hospitalisés pour hémorragie digestive
Mém. pour le C. E. S. d'Elec. Radiol. Paris, 1969
- 32 - CHANDLER G. N., CAMERON A. D., NUNN A. H. and STREET D. F.
Early investigations of haematemesis
Gut, 1960, 1, 6-13
- 33 - CHEVALLIER P. et MOUTIER F.
Les hémorragies gastriques et leur contrôle endoscopique
Presse Méd., 1936, 92, 1814-1815
- 34 - CHILES N. H., BAGGENSTOSS A. H., BUTT H. R. and OLSEN A. M.
Esophageal varices : comparative incidence of ulceration and spontaneous rupture as a cause of fatal hemorrhage
Gastroenterology, 1953, 25, 565-573
- 35 - CIVALERO L. A.
Intra-operative gastroscopy of upper gastro-intestinal bleeding
2ème Congrès Mondial du Collège International de Chirurgie Digestive
Strasbourg, 9-10-11 juin 1972
- 36 - CONN H. O., MITCHELL J. R. and BRODOFF M. G.
Comparison of radiologic and oesophagoscopic diagnosis of oesophageal varices
New England J. Med., 1961, 265, 160-164
- 37 - CONN H. O. and BRODOFF M.
Emergency oesophagoscopy in the diagnosis of upper gastro-intestinal hemorrhage
Gastroenterology, 1964, 47, 505-512
- 38 - CONN H. O., SMITH H. W. and BRODOFF M.
Observer variation in the endoscopic diagnosis of esophageal varices
New England J. Med. 1965, 272, 830-834
- 39 - CONN H. O., BINDER H. and BRODOFF M.
Fiberoptic and conventional esophagoscopy in the diagnosis of esophageal varices
Gastroenterology, 1967, 52, 810-818

- 40 - CONTE M., FOVET P., BODIN F. et LIGUORY C.
Radio en endoscopie en urgence dans les hémorragies digestives
Ann. Méd. Int., 1970, 121, 213-216
- 41 - COODLEY E. L.
Gastro-intestinal bleeding in liver diseases
Am. J. of Gastroent., 1971, 56, 118-124
- 42 - COOKE A. R., SKYRING A. P. and STEPHEN D. D.
Early endoscopy and radiology in the management of haematemesis and
moelena
Australian Ann. Med., 1962, 11, 15-18
- 43 - COULOMB M., GEINDRE M.
Valeur de l'artériographie coelio-mésentérique dans le diagnostic
des obstacles veineux pré-hépatiques
Lyon Médit. Méd., 1971, 7, 689-692
- 44 - CROUZON L.
Le transit baryté oeso-gastro-duodénal en période hémorragique
Thèse Médecine, Grenoble, 1969, n° 12
- 45 - DAGRADI A. E., STEMPIEN S. J. and LEE E. R.
The indication for endoscopy in acute gastro-intestinal bleeding
Gastro-intestinal endoscopy, 1966, 13, 22-34
- 46 - DAGRADI A. E., BRODERICK J. T., JULER G., WOLINSKY S., STEMPIEN S. J.
The M. W. syndrom and lesion, a study of 30 cases
Am. J. of Dig. Diseases, 1966, 11, 710-721
- 47 - DAGRADI A. E., STEMPIEN S. J.
Esophagogastrosocopy during active upper gastro-intestinal bleeding.
Technic and experiences
Am. J. of Gastroent., 1969, 51, 498-502
- 48 - DAGRADI A. E., STEMPIEN S. J. and DEOGRACIAS T. G.
Endoscopic study of the cirrhotic patient before and following
portocaval shunt for bleeding varices
Am. J. of Gastroent., 1970, 53, 425-436
- 49 - DAGRADI A. E., MEHLER R., DEOGRACIAS T. D. Tan and STEMPIEN S. J.
Sources of upper gastro-intestinal bleeding in patients with liver
cirrhosis and large esophageal varices
Am. J. of Gastroent., 1970, 54, 458-463
- 50 - DAGRADI A. E., BEHROOZ A. and STEMPIEN S. J.
The value of endoscopy in the management of the patients with liver
cirrhosis
Am. J. of Gastroent., 1971, 56, 44-47
- 51 - DEBRAY CH., HARDOUIN J. P. et JOUBAUD F.
Les hémorragies des hernies hiatales chez l'adulte
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1959, 48, 101-115
- 52 - DEBRAY CH., LEYMARIOS J., HERNANDEZ CL., MARCHE CL., HARDOUIN J. P.,
PIRONNEAU A.
Tumeur bénigne de l'intestin grêle diagnostiquée par artériographie
mésentérique supérieure
Presse Méd., 1964, 72, 3005-3008

- 53 - DEBRAY CH., HOUSSET P. et PERREAU G.
Progrès de la fibrogastrosopie. Intérêt des appareils japonais.
Premiers résultats
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1969, 58, 269-378
- 54 - DEBRAY CH., PAOLAGGI J. A. et HOUSSET P.
Etude endoscopique de l'hypertension portale
Lyon Médit. Méd., 1971, 7, 637-648
- 55 - DELANNOY E., GAUTHIER P., SOULIER A., LEMAITRE G.
L'examen radiologique d'urgence dans les hémorragies graves d'origine gastro-duodénale
Presse Méd., 1952, 60, 236-239
- 56 - DELANNOY E., VANDERDORP F., LEMAITRE G.
L'examen radiologique d'urgence dans les hémorragies gastro-duodénales aiguës
J. Radiol. Electr., 1953, 35, 78-80
- 57 - DELANNOY E., VANDERDORP F.
Diagnostic clinique et radiologique dans les hémorragies digestives
A. F. M. A. D., 1959, 48, 43-51
- 58 - DELUMEAU M. G., PERRIN D., LESCHALLIER DE LISLE L. R., VEYRAC Y. et MINICONI P.
Apport de la fibroscopie oeso-gastrique dans le diagnostic du syndrome de Mallory-Weiss
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1971, 60, 263-264
- 59 - DERMOT F., CANTWELL
Ward barium meal examination in acute gastro-intestinal haemorrhage
Clinical Radiology, 1960, 1, 60-64
- 60 - DESNEUX J. J.
Hémorragies digestives aiguës : endoscopie d'urgence
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1959, 48, 53-57
- 61 - DOPPMAN J. L. and SHAPIRO R.
Bleeding esophageal varices in the presence of a normal splenoportogram
Am. J. Roentgenol., 1961, 86, 1103-1107
- 62 - DOUTRE L. P., PERISSAT J., LEHMANS F., HIRIGOYEN P. H. et BEAULIEU J.C
Réflexions sur une statistique de 76 hémorragies digestives hautes et massives traitées en un an
Presse Méd., 1970, 78, 1471-1474
- 63 - DRÜNER H. U. et JUNGHANNS K.
Gastrosocopy in the diagnosis of acute upper intestinal hemorrhage
2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive, Paris, 3-5 juillet 1972
- 64 - DUBARRY J. J., BANCON J., QUINTON A.
Apport de l'endoscopie en urgence dans le diagnostic des hémorragies digestives hautes
2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive, Paris 3-5 juillet 1972
- 65 - DUPUY P., CAZARD G., RUEFF B. et NAHUM N.
Corrélations radio-endoscopiques en période d'hémorragie digestive haute
Presse Méd., 1971, 79, 2309-2311

- 66 - DUPUY P., COULBOIS J.
Endoscopie en urgence en gastro-entérologie
Revue Prat., 1971, 21, 2615-2623
- 67 - DUPUY P., HOUSSET P. et DEBRAY CH.
L'endoscopie oeso-gastrique d'urgence dans les hémorragies digestives hautes graves
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1971, 60, 53-54
- 68 - DUPUY R., STUHL R., MARTIN H. et PERELMAN R.
A propos de l'examen radiologique d'urgence dans 3 cas d'hémorragie d'origine gastrique
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1953, 42, 992-997
- 69 - EDELMANN G.
Le traitement des hémorragies gastro-duodénales massives, H. T. P. exceptée
Mém. Acad. Chir., 1966, 92, 890-901
- 70 - ELMER R., ROUSUCK A. et RYAN J.
Early roentgenologic evaluation in patient with upper gastro-intestinal hemorrhages
Gastroenterology, 1950, 16, 552-565
- 71 - ENQUIST J. F. and GLIEDMAN M. L.
The sources of upper gastro-intestinal bleeding in patients with cirrhosis
Sur. Gynec. and Obst., 106, 153-158
- 72 - EVANS K. T.
Esophageal and gastric varices
Brit. J. Radiol., 1959, 32, 233-240
- 73 - FEIST J. H. and RILEY R. R.
Diagnosis of esophageal varices
Radiology, 1969, 93, 861-866
- 74 - FIORINI E., LENARDUZZI G.
Endoscopie et radiologie dans le diagnostic des hémorragies oesophago-gastriques
Gast. Sanitaria (éd. fr.), 1968, 2, 15-19
- 75 - FIORINI E., FRATTON A., POLETTINI F.
Le diagnostic oesophago-gastrosopique précoce des hémorragies digestives
Il Fracastoto, 1970, 63, 825-832
- 76 - FONTAINE R., WARTER P. et WEILL F.
L'examen radiologique d'urgence en période d'hématémèse
Ann. Radiol., 1961, 4, 87-99
- 77 - FREY C. F., REUTER S. R., BOOKSTEIN J. J.
Localization of gastro-intestinal haemorrhage by selective angiography
Surgery, 1970, 67, 548-555
- 78 - FRIEDBERG S. A., BENNETT H. D., SINGH H. and LINDBERG J.
Esophageal varices in hepatic cirrhosis : endoscopic study
Ann. Otol. Rhin. Laryng., 1955, 64, 599-607

- 79 - GABRIEL J. B., MONACO F., DUBOWY J.
Early diagnosis in upper gastro-intestinal bleeding utilizing a water soluble radiopaque medium and endoscopy
Am. J. of Gastroent., 1968, 49, 255-262
- 80 - GABRIELSSON N.
Gastrophotography in upper gastro-intestinal hemorrhage without roentgenographically demonstrable source of bleeding
Endoscopy, 1970, 3, 174-181
- 81 - GADRAT J., RIBET A., FERRET P., PASCAL J. P. et BERTRAND J.
A propos de 25 observations de gastrite hémorragique primitive
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1967, 56, 1221-1231
- 82 - GANG M. J., Mac CRAY R. S.
Emergent endoscopy in the voluntary hospital
Gastroenterology, 1969, 56, 1230-1231
- 83 - GEINDRE M., COULOMB M., CROUZT G., MARTY F.
Artériographie mésentérique supérieure et tumeurs hémorragiques du grêle
Sem. Hôp. Paris, 1969, 46, 1634-1639
- 84 - GERMAIN A., COURTOIS-SUFFIT M., DESPRETZ J.
A propos des hémorragies massives gastro-duodénales en dehors de l'hypertension portale
Mém. Acad. Chir., 1966, 92, 554-560
- 85 - GIRAUD M., BRET P., ANJOU A., CROISILLE M. et MANEL G.
Résultats comparés de l'examen de face en couche mince et de l'incidence de profil en réplétion dans le dépistage des ulcérations postérieures de l'estomac
J. Radiol., 1969, 50, 540-541
- 86 - GORDON H. E., CLARKE J. S., GOLDSTEIN H., KADELL B., OZERAN R. S., PASSARO E. P. and SCHWABE A. D.
Diagnosis and management of gastro-intestinal bleeding
Ann. of Int. Med., 1969, 71, 993-1011
- 87 - GRENIER-BOLEY P.
Intérêt de l'endoscopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes d'origine indéterminée
Thèse Médecine, Lyon, 1970, n° 104
- 88 - GUIVARC'H M.
Les hémorragies digestives : étiologie, fréquence, mécanisme, pronostic
Rev. Prat., 1970, 20, 473-505
- 89 - HALMAGYI A. F.
A critical review of 425 patients with upper gastro-intestinal hemorrhage
Surg. Gyn. Obst., 1970, 130, 419-430
- 90 - HALPHEN F.
L'oesophago-gastrosopie en urgence dans les hémorragies digestives hautes
Thèse Médecine, Paris, 1971

- 91 - HAMPTON A. O.
A safe method for the roentgen demonstration of bleeding duodenal ulcers
Am. J. Roentgenol., 1937, 38, 565-570
- 92 - HEDBERG S. E.
Early endoscopic diagnosis in upper gastro-intestinal hemorrhage
Surg. Clin. North America, 1966, 46, 499-512
- 93 - HERNANDEZ CL.
L'exploration vasculaire des hémorragies digestives de cause inconnue
Presse Méd., 1967, 75, suppl. 41/1-41/3
- 94 - HERNANDEZ CL., CACHIN R., RENE L.
Recherche radiologique vasculaire de l'étiologie des hémorragies digestives inexpliquées
Rev. Prat., 1968, 6, 687-692
- 95 - HERNANDEZ CL.
Radiographie d'urgence de l'hémorragie digestive
Ann. Gastroent. Hépat., 1970, 6, 139-151
- 96 - HEUBLEIN G. W.
Acute upper gastro-intestinal bleeding roentgenologically considered
Am. J. Roentgenol., 1960, 235, 773-783
- 97 - HEUILLY F., GAUCHER P., LAURENT J., BAS M., VICARI F., JEANPIERRE R.E., BIGARD M. A.
L'endoscopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes
Ann. Méd. Nancy, 1971, 10, 1513-1524
- 98 - HIRSCHOWITZ B., LUKETIC G. F., BALINT M. B. and FULTON W. F.
Gastro-duodénal endoscopy with the fibroscope
Surg. Clin. North America, 1962, 42, 1081-1087
- 99 - HIRSCHOWITZ B. I., LUKETIC G. F., BALINT M. B., FULTON W. F.
Early fibroscope endoscopy for upper gastro-intestinal bleeding
Am. J. of Dig. Diseases, 1963, 8, 816-825
- 100 - HOLLENDER L. et ADLOFF M.
Les hémorragies digestives post-gastrectomiques
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1959, 48, 7-8 bis, 153-167
- 101 - HOLLOWAY J. B.
The treatment of bleeding peptic ulcer
Arch. Surg., 1950, 61, 625-632
- 102 - HOURIGAN K. J.
Radiographic demonstration of gastric variceal bleeding
Gut, 1971, 12, 822-827
- 103 - HOUSSET P., DELLUC G., DEBRAY CH.
Indications et résultats de l'oesogastroscope d'urgence
Actuel. Hépat. Gastroent., 1969, 5, 315-322
- 104 - HOUSSET P., COMMANDI A., TOULET J. et DEBRAY CH.
La pyloro-bulboscopie avec les fibroscopes à vision axiale
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1971, 60, 253-260

- 105 - HUGUIER M., VANA M., LEVY E., LOYGUE J.
Les hémorragies gastro-duodénales graves. Etude de la mortalité et
déduction thérapeutiques
Presse Méd., 1971, 79, 41-43
- 106 - IVANOV V. F., SOCOLOV L. C.
Significance of endoscopy of esophagus, gaster and duodenum in diag-
nosis of acute gastro-intestinal hemorrhages
2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive, Paris, 3-5 juillet 1972
- 107 - JACKSON C., TUCKER G., CLERF L. H., LUCENS R. M. and MOORE W. F.
Hematemesis. A place for objective methods of diagnosis
J. A. M. A., 1925, 85, 870
- 108 - JAFFE B. F., YOUKER J. E. and MARGULIS A. R.
Aortographic localization of controled gastro-intestinal hemorrhage
in dogs
Surgery, 1965, 58, 984-988
- 109 - JONES A. F., GUMMER J. V. P., LEMNARD JONES J. E.
Clinical gastro-enterology ; second Blackwell scientific publica-
tion
Oxford and Edimburg, 1952, 15, 548-560
- 110 - JONES A. F.
Problems of alimentary bleeding
Brit. Med. J., 1969, 2, 267-273
- 111 - JOUVE P., MONGES H., FOURNIER A. M., LEGRE M., DENIZET D. et
VIGNOLI R.
Enseignement et légitimité de la radiographie d'urgence dans les
hématémèses
J. Radiol., 1963, 44, 122-126
- 112 - KADELL B.
Diagnosis and management of gastro-intestinal bleeding
Ann. Int. Med., 1969, 71, 993-1011
- 113 - KATZ D., DOUVERS P., WEISBERG H., Mac KINNON W. and GLASS G. B.
Early endoscopic diagnosis of acute upper gastro-intestinal hemorrha-
ge
J. A. M. A., 1964, 188, 405-408
- 114 - KATZ D., DOUVERS P., WEISBERG H., CHARM R., Mac KINNON W.
Sources of bleeding in upper gastro-intestinal hemorrhage
Am. J. Dig. Diseases, 1964, 9, 447-453
- 115 - KATZ D., FREUD M., Mac KINNON W.
The Mallory-Weiss syndrom : evaluation by early endoscopy of its
picture and its incidence in upper gastro-intestinal hemorrhage
Am. J. of Dig. Diseases, 1965, 10, 314-323
- 116 - KATZ D., DOUVERS P., WEISBERG H., CHARM R. and Mac KINNON W.
Esophago-gastroscopy, an advantage in the diagnosis of acute upper
gastro-intestinal hemorrhage
Gastro-intestinal endoscopy, 1965, 11, 25-29

- 117 - KATZ D., PAULO D., Mac KINNON W., GLASS G. B.
Upper gastro-intestinal bleeding in the aged : a prospective study
utilizing a younger age group as control
Am. J. of Dig. Diseases, 1965, 10, 689-696
- 118 - KATZ D., SIEGEL H., PAULO D., SUBMAN H.
Gastric biopsy in patients with acute upper gastro-intestinal hemorrhage
Gastro-intestinal Endoscopy, 1966, 12, 36
- 119 - KELLEY H. G., GRANT G. N., ELLIOT A. D.
Massive gastro-intestinal haemorrhage
Arch. of Surg., 1963, 87, 6-12
- 120 - KIRSH I. E., BLACKWELL C. C. and BENNET H. D.
Roentgen diagnosis of esophageal varices : comparisons of roentgen
and esophagoscopy findings in 502 cases
Am. J. Roentgenol., 1955, 74, 477-485
- 121 - KLEIN H. J., ALFIDI R. J., MEANEY T. F., POIRIER V. C.
Angiography in the diagnosis of chronic gastro-intestinal bleeding
Radiology, 1971, 98, 83-91
- 122 - KOCH H., BAUERLE H., FRÜHMORGEN W., RÖSCH M. and CLASSEN M.
Urgent endoscopy in upper gastro-intestinal bleeding with special
reference to duodenoscopy
2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive, Paris 3-5 juillet 1972
- 123 - KOEHLER P. R., SALMON R. B.
Angiographic localization of unknown acute gastro-intestinal bleeding sites
Radiology, 1967, 89, 244-249
- 124 - KOZOLL D. D. and MEYER K. A.
Laboratory findings in massively bleeding gastro-intestinal ulcers
Arch. of Surg., 1963, 87, 916-930
- 125 - KOZOLL D. D.
Massively bleeding gastro-duodenal ulcers
Arch. Surg., 1963, 86, 445-454
- 126 - LADOUCH A., MONOD-BROCA PH., LESOURD G. et PAILLAS J.
Les hémorragies gastriques graves par micro exulcération et par
érosion artérielle inapparente
Presse Méd., 1971, 79, 1331-1336
- 127 - LAGACHE G., PROYE CH., COMBEMALE B., LEPLAT F.
Remarques sur le diagnostic et le traitement des hémorragies gastro-
duodénales massives en dehors de l'hypertension portale
Mém. Acad. Chir., 1966, 92, 717-724
- 128 - LAMARQUE J. L., GINESTIE J. F., SENAC J. P., LOPEZ E.
Valeurs et limites de l'artériographie dans l'exploration de l'hypertension portale
Lyon Médit. Méd., 1971, 7, 657-675
- 129 - LAMBLING A., BONFILS J. et BARATGIN B.
Hémorragies des ulcères gastro-duodénaux
Rev. Prat., 1956, 6, 3419-3427

- 130 - LAMBLING A., BONFILS J., RICHIR CL., POTET F., ANDREJEVIC M. et BARATGIN B.
Les hémorragies des gastrites hémorragiques et de "l'exulcération simplex"
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1959, 48, 7-8 bis, 73-100
- 131 - LATASTE J., ROBIN B.
Les hémorragies digestives hautes du cirrhotique
Presse Méd., 1968, 76, 307-309
- 132 - LEAPE L. L. and WELCH C. E.
Late prognosis of patients with upper gastro-intestinal hemorrhage
Am. J. Surg., 1964, 107, 297-305
- 133 - LEGER L. et DESIGNOLLE R.
L'intérêt diagnostique de splénoportographie
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1957, 46, 765-786
- 134 - LEGER L., PREMONT M., ALPEROVITCH
Rupture splénique après splénoportographie. Etude d'une série personnelle de 2 000 examens
J. Chir., 1964, 87, 107-121
- 135 - LEPORE M. J. and GRACE W. J.
Role of the intensive care unit in gastroenterology
Am. J. Gastroent., 1969, 51, 493-497
- 136 - LEVRAT M., LAMBERT R.
Hémorragies digestives d'origine médicamenteuse
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1959, 48, 323-337
- 137 - LEVRAT M., LAMBERT R., MARTIN F.
Etiologic factors in 500 cases of bleeding peptic ulcer
Am. J. of Dig. Diseases, 1962, 7, 817-823
- 138 - LIEBOWITZ H. R.
Pathogenesis of esophageal varices rupture
J. A. M. A., 1961, 175, 874-879
- 139 - LIGUORY CL. et BISMUTH V.
Examen radiologique de malades atteints d'hémorragie digestive
Enc. Méd. Chir., 1970, 4, 33707, A 10
- 140 - LIGUORY CL., CAPELLE PH., BODIN F., HUGUIER M. et CONTE M.
La fibroscopie dans le diagnostic de 400 hémorragies digestives hautes
2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive, Paris, 3-5 juillet 1972
- 141 - LIPP W. F. et LIPSITZ M. H.
The clinical significance of the coexistence of peptic ulcer and portal cirrhosis with special reference to the problems of massive hemorrhages
Gastroent., 1952, 22, 181-199
- 142 - LORTAT JACOB J. L.
La chirurgie des hémorragies digestives
Rev. Fr. Études Clin. et Biol., 1962, 7, 587-589

- 143 - Mac CRAY R. S., MARTIN F., AMIR AHMADI H., SHEANAN D. G. and ZAMCHECK N.
Erroneous diagnosis of hemorrhage from esophageal varices
Am. J. of Dig. Diseases, 1969, 14, 755-760
- 144 - Mac CRAY R. S., WINAWER S. J., MARTIN F., AMIR AHMADI H. and ZAMCHECK N.
Fiberoptic endoscopy in the management of upper gastro-intestinal hemorrhage
Gastro-intestinal endoscopy, 1969, 16, 86-94
- 145 - Mac CRAY R. S.
Esophagoscopy, gastroscopy and duodenoscopy in the diagnosis of acute upper gastro-intestinal hemorrhage : experience in both a city hospital and a general hospital
2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive, Paris 3-5 juillet 1972
- 146 - MAILER G., GOLDBERG A., Mac HARDEN R., GREY THOMAS I., BURNETT W.
Diagnosis of upper gastro-intestinal bleeding
Brit. Méd. J., 1965, 2, 784-789
- 147 - MANEGOLD B. C.
Early diagnosis in upper gastro-intestinal bleeding by endoscopy
2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive, Paris, 3-5 juillet 1972
- 148 - MARGULIS A. R., HEIN BECKER P., BERNARD H. R.
Operative mesenteric arteriography in the search of the site of bleeding in unexplained gastro-intestinal hemorrhage
Surgery, 1960, 48, 534-539
- 149 - MARTEAU J.
Contribution à l'étude de l'association ulcère gastro-duodéal - cirrhose du foie
Thèse Médecine, Paris, 1963, n° 125
- 150 - MARTIN J. J.
Prognosis of the bleeding peptic ulcer
Am. J. Gastroent., 1964, 41, 165-175
- 151 - MENEGAUX J. C.
La place de la splénoportographie dans le diagnostic des hémorragies digestives
J. Chir., 1957, 73, 391-412
- 152 - MERIGAN T. C., HOLLISTER R. M., GRYJKA P. F., STARKEY W. B., DAVIDSON C. S.
Gastro-intestinal bleeding with cirrhosis
New England J. of Med., 1960, 263, 579-587
- 153 - MIEDERER S. E., LOFFLER A., STADELMANN O.
Emergency endoscopy : methods and results
2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive, Paris, 3-5 juillet 1972
- 154 - MINICONI P., PERRIN D., DELUMEAU G., VEYRAC Y. et LESCHALLIER DE LISLE L. R.
Données de la fibroscopie oesophagienne et gastrique dans les hernies hiatales
Presse Méd., 1971, 79, 1793-1794

- 155 - MINICONI P., PERRIN D., DELUMEAU G., VEYRAC Y., LESCHALLIER L. R.
Fibroskopie oesophagienne et gastrique en urgence dans 150 cas d'hémorragie digestive haute
Sem. Hôp. Pars, 1972, 3, 1013-1080
- 156 - MITTY W. F., BEFELER D., GROSSI C. E., BONANNO C. A., RUZICKA F. F., ROSSI P.
Combined approach to upper gastro-intestinal bleeding
Am. J. Gastroent., 1969, 51, 377-386
- 157 - MOBARHAN S., GRACE N., KOSTELNICK M., IBER F.
The prognostic value of endoscopic diagnosis of bleeding site in patients with Laennec's cirrhosis
Gastroenterology, 1972, 62, 785-786
- 158 - MONGES H., LEGRE M., TRONCONI J. C. et LEMOINE A.
La conduite du diagnostic étiologique dans les hémorragies digestives
Rev. Prat., 1970, 20, 517-529
- 159 - MORIN M., GASQUET C., BREUIL J.
Place de la radiologie dans le diagnostic étiologique des hémorragies digestives hautes
Bordeaux Méd., 1970, 10, 2397-2400
- 160 - MOUCHET A., MARQUAND J., GUIVARC'H M. et BERLINSKI M.
A propos de 135 cas d'hémorragie gastro-duodénale massive (hypertension portale exceptée)
Ann. Chir., 1968, 22, 321-328
- 161 - MOULINIER B., GRENIER-BOLEY P.
L'endoscopie en urgence dans les hémorragies digestives hautes d'origine indéterminée
Rapport au Congrès de la Société Médicale Internationale d'Endoscopie et de Radio-Cinéma, Marseille, 2 mai 1970
- 162 - MOULLE P.
Les ulcérations digestives dans les états de stress
Presse Méd., 1967, 75, 1523-1525
- 163 - MOUTIER F. et CORNET A.
Les gastrites
Masson Edit., Paris, 1955
- 164 - NAHUM H., RUEFF B. et CAZARD G.
L'examen radiologique oeso-gastro-duodéal en période hémorragique. Technique et indications (expérience de 300 malades)
Presse Méd., 1970, 78, 2414-2416
- 165 - NAHUM H., RUEFF B. et CAZARD G.
L'ulcère gastro-duodéal chez le cirrhotique en période hémorragique. Etude radiologique
Presse Méd., 1970, 78, 2491-2494
- 166 - NAKAGAWA J., MARUYAMA M., KAMASHITAK, TAKEMOTO T. and HIRATSUKA H.
Emergent bulboscopy
2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive, Paris, 3-5 juillet 1972

- 167 - NARDI C., VALIDIRE J., LACOMBE M., LOUIS M., CHARTIER P. et MASSIOT M.
A propos des hémorragies graves d'origine gastro-duodénale (hypertension portale exceptée)
Mém. Acad. Chir., 1966, 92, 704-711
- 168 - NAUDIN G.
Contribution à l'étude de l'artériographie sélective dans le diagnostic des hémorragies digestives inexpliquées
Thèse Doct. Méd., Paris, 1969, n° 676
- 169 - NICAISE H., LARDENNOIS B., DROUARD F. et RIVES J.
Approche diagnostique d'urgence des hémorragies digestives hautes en milieu chirurgical. Le choix des examens complémentaires
Ann. Méd. de Reims, 1970, 7, 5-13
- 170 - NUSBAUM M., BAUM S., BLAKEMORE W. and FINKELSTEIN S.
Demonstration of intra-abdominal bleeding by selective arteriography
J. A. M. A., 1965, 191, 389-390
- 171 - OETTING H. K.
Source of massive gastro-intestinal bleeding in patients with Laennec's cirrhosis
Am. J. Gastroent., 1960, 33, 679-685
- 172 - OLIVIER CL., DI MARIA G., BLONDEL PH., LEROUX-ROBERT CL., CALVET J.P. et ROUX J.
A propos de 80 cas d'hémorragies digestives massives par lésions gastro-duodénales aiguës
Mém. Acad. Chir., 1971, 97, 197-201
- 173 - OLSEN A. et MOERSCH H.
The role of gastroscopy in the diagnosis of upper gastro-intestinal hemorrhage of obscure origin
Gastroenterology, 1950, 14, 292-299
- 174 - O'NEAL W. J. and HIRSH M. A.
Emergency barium study in severe hematemesis
Surgery, 1962, 52, 592-595
- 175 - OPOLON P., HIVET M., CHEVREL J. P., CHENARD J. C., MUSSY F. et CAROLI J.
Hémorragies digestives cataclysmiques. Diagnostic par artériographie sélective d'urgence
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1968, 57, 377-378
- 176 - ORLOFF M. J. and THOMAS H. S.
Pathogenesis of esophageal varice rupture
Arch. Surg., 1963, 87, 301-307
- 177 - PALECKOVA M., MARATKA Z., HOSKOVEC J.
Résultats de l'oeso-gastrosopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes
2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive, Paris, 3-5 juillet 1972
- 178 - PALMER E.
Observations on the vigorous diagnosis approach to severe upper gastro-intestinal hemorrhage
Ann. of Int. Med., 1952, 36, 1484-1491

- 179 - PALMER E.
The vigorous diagnostic approach to upper gastro-intestinal tract hemorrhage
J. A. M. A., 1969, 207, 1477-1480
- 180 - PANKE W. F., ROUSSELOT G. M. and MORENO A. H.
Splenic pulp manometry as an emergency test in the differential diagnosis of acute upper gastro-intestinal bleeding
Surgery. Gyn. Obst., 1959, 109, 270-278
- 181 - PARIS J.
Les ulcères aigus gastro-duodénaux
Lille Méd., 1970, 15, 1112-1185
- 182 - PARIS J., GERARD A., PARIS J. S., DELMOTTE B., FILOCHE B., LANSOY D.
Les hémorragies digestives hautes des sujets cirrhotiques. Endoscopie d'urgence
2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive, Paris, 3-5 juillet 1972
- 183 - PAUL F., SEIFERT E., BÄR U., OTTO P.
Notfall endoskopie bei der akuten Blutung aus dem oberen Gastro-intestinal trakt
Dtsch. Med. Wschr., 1971, 96, 1624-1632
- 184 - POLISH E., SULLIVAN B. H.
Esophagitis associated with hemorrhage from esophageal varices
Ann. of Int. Med., 1961, 54, 908-911
- 185 - POLLARD J. J., NEBESAR R. A.
Abdominal angiography
New Engl. J. Med., 1968, 279, 1148-1152
- 186 - QUINTON A. et BANCONI J.
La fibroscopie oesophagienne et gastrique en urgence pour hémorragie digestive. A propos de 82 examens
Bordeaux Méd., 1971, 12, 3435-3442
- 187 - REBOUL J., TRAISSAC F. J., DELORME G., BERAUD C., TAVERNIER J. LEFEUVRE A.
Intérêt pratique de la splénoportographie dans les indications thérapeutiques des hématomés
Sem. Hôp. Paris, 1960, 23, 1484-1493
- 188 - RETTORI R.
Hémorragies digestives hautes en pathologie d'urgence. Clinique, étiologie et radiologie classique
Ann. Gastroent. Hépat., 1970, 6, 43-55
- 189 - REUTER R., BOOKSTEIN J. J.
Angiographic localization of gastro-intestinal bleeding
Gastroenterology, 1968, 54, 876-883
- 190 - RICATTE J. P.
Artériographie sélective d'urgence dans les hémorragies digestives sévères
Thèse Doct. Méd., Besançon, 1971, n° 120
- 191 - ROESCH W., OTTENJAN N.
Gastric erosions
Endoscopy, 1970, 2, 93-98

- 192 - ROSS J. R.
Obscure gastro-intestinal hemorrhage
Med. Clin. N. America, 1969, 53, 417-423
- 193 - ROUSSELOT L. M., PANKE W. F., MORENO A. H.
Further evaluation of splenic pulp manometry as a differentiel diagnostic test of acute upper gastro-intestinal bleeding
Am. J. Gastroent., 1961, 35, 474-487
- 194 - ROUX M., VAYRE P., HUREAU J.
Le traitement des hémorragies gastro-duodénales massives (hypertension portale exclue)
Mém. Acad. Chir., 1966, 92, 675-678
- 195 - SANDLOW L. J.
The enigma of upper gastro-intestinal hemorrhage
Am. J. Gastroent., 1968, 50, 366-371
- 196 - SAVA G. et ADLOFF M.
Les hémorragies gastriques massives par exulceratio simplex de Dieulafoy
Rev. Fr. Gastroent., 1970, 57, 31-52
- 197 - SCHATZKI S. C. and BLADE W. R.
Emergency X ray examination in the dignosis of severe upper gastro-intestinal bleeding
New Engl. J. Med., 1958, 259, 910-913
- 198 - SCHIFF C.
The treatment of bleeding peptic ulcer with a report of 160 patients
South Med. J., 1944, 37, 335-342
- 199 - SCHMITT R.
Les hémorragies gastro-duodénales massives. Problèmes étiologiques, diagnostiques, thérapeutiques
Thèse Méd., Paris, 1964, n° 893
- 200 - SCOTT N. M.
Experience with the vigorous diagnostic approach to upper gastro-intestinal hemorrhage
Ann. of Int. Med., 1959, 51, 89-98
- 201 - SENCE M. L.
Niche après hématémèse
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1950, 39, 899-901
- 202 - SHEHADI W. H.
Crally administered water-soluble iodinated contrast media
Am. J. Roentgen., 1960, 83, 933-941
- 203 - STADELMANN O., MIEDERER S. E.
Diagnostische Maßnahmen bei der akuten gastro-intestinalen Blutung
Dtsch Med. Wschr, 1971, 96, 873
- 204 - SUGAWA C., LUCAS C. E., WALT A. J.
Differential topography of acute erosive gastritis due to trauma or sepsis, ethanol and aspirin
Gastroenterology, 1972, 62, 897-899

- 205 - VEYRE P. et LEVASSEUR J. C.
Hémorragies massives d'origine gastro-duodénale (hypertension portale exclue)
Presse Méd., 1970, 78, 237-240
- 206 - VICKERS F. N., STANLEY M. M.
Aspirin gastritis : gastroduodenoscopic observations
Gastroenterology, 1963, 44, 419-423
- 207 - WALLS W. D., GLANVILLE J. N., CHANDLER G. N.
Early investigations of haematemesis and moelena
The Lancet, 1971, 387-390
- 208 - WARD-MCQUAID J. N., PEASE J. C., SMITH A. M., TWORT R. J.
Surgery in bleeding peptic ulcers
Gut, 1960, 1, 258-265
- 209 - WATSON W. C., MAXWELL J. D. and FERGUSON A.
Fiberscopy in the management of acute upper alimentary bleeding
Proc. 1st Europ. Cong. Dig. Endoscopy, Prague, 1968, 77-78
- 210 - WEILL F., GISSELBRECHT H., GRANDMOTTET P., BONNEVILLE J. F.
RICATTE J. P. et PREVOTAT N.
Plaidoyer pour l'angiographie première au cours des hématomésés massives
Ann. Radiol., 1970, 13, 353-361
- 211 - WEINSTEIN V. A., KORELITZ B., DIAZ C.
Protocol for management of massive upper gastro-intestinal hemorrhage
New York State J. Med., 1962, 2939-2943
- 212 - WEISS A., PITMAN E. R., GRAHAM E. C.
Aspirin and gastric bleeding. Gastroscopic observations
Am.J. of Med., 1961, 31, 266-278
- 213 - WIESER C., TOBLER R., NEIGER A.
L'examen radiographique au cours des hémorragies digestives intestinales aiguës avec gastrogratine
Schweiz Med. Wschr., 1962, 92, 812-814
- 214 - WILSON D. E., CHALMERS T. C.
Acute hemorrhage from the upper gastro-intestinal tract
New Engl. J. of Med., 1966, 274, 1368-1370
- 215 - WIRTSCHAFTER S. K.
Management of gastro-intestinal bleeding in an acute gastro-intestinal bleeding unit
Gastroenterology, 1972, 62, 864
- 216 - ZOLLINGER R. M., NICK W. V.
Upper gastro-intestinal tract hemorrhage
J. A. M. A., 1970, 212, 2251-2254

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.
